

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**Acceso a los servicios de salud del MINSA según la Encuesta  
Nacional de Hogares 2006**

**TESIS**

para optar el Grado Académico de Magíster en Economía de la Salud

**AUTOR**

Nicomedes Nolberto Pérez Guerra

**Lima – Perú**

**2010**

# INDICE

	Pág.
• DEDICATORIA	03
• AGRADECIMIENTOS	04
• RESUMEN	06
• ABSTRACT	08
• INTRODUCCION	10
• CAPITULO I : MARCO DE REFERENCIA	12
1.1 PROBLEMA	12
1.1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	12
1.1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA	13
1.1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	15
1.2 MARCO TEORICO Y REFERENCIAL	16
1.2.1 MARCO TEORICO	16
1.2.1.1 EQUIDAD-IGUALDAD	17
1.2.1.2 DESIGUALDAD E INEQUIDAD	22
1.2.1.3 LA POBREZA Y SU MEDICION A TRAVES DEL METODO DE TENENCIA DE ACTIVOS	26
1.2.1.4 EXCLUSION EN SALUD	29
1.2.1.5 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	31
1.2.2 MARCO REFERENCIAL	37
1.3 HIPOTESIS	55
1.4 OBJETIVOS	55
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	56
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	56
• CAPITULO II : METODOLOGÍA	57
2.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	57
2.2 COEFICIENTE DE GINI Y CURVA DE LORENZ	58
2.3 CURVA E INDICE DE CONCENTRACION	60
2.4 LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2006	61

	<b>Pág.</b>
<b>2.5 DISEÑO DE LA MUESTRA</b>	<b>62</b>
2.5.1 TIPO DE MUESTREO	62
2.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA	62
2.5.3 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA	63
2.5.4 CARACTERISTICA DE LA MUESTRA	63
2.5.5 DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO	64
<b>2.6 RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION</b>	<b>64</b>
2.6.1 RECOLECCION DE LA INFORMACION	64
2.6.2 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION	65
● <b>CAPITULO III : RESULTADOS</b>	<b>66</b>
● <b>CAPITULO IV : DISCUSION</b>	<b>90</b>
● <b>CONCLUSIONES</b>	<b>101</b>
● <b>RECOMENDACIONES</b>	<b>104</b>
● <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>107</b>
● <b>ANEXOS</b>	<b>112</b>
● <b>ANEXO 1</b>	<b>113</b>

A toda la **población del Perú** que en su gran esfuerzo por lograr el progreso y competitividad del país ante el mundo, esta brindando su mejor y mayor trabajo, por lo cual es una obligación del Gobierno Peruano, a través del Ministerio de Salud (MINSA), garantizar la salud de nuestra población, contribuyendo este estudio a difundir nuestra realidad respecto al acceso a los servicios de salud públicos y a sugerir algunos puntos de mejora.

## AGRADECIMIENTOS

- A ***mis compañeros*** de la Maestría de Economía de la Salud de la UPG de Economía de la UNMSM por compartir los conocimientos y sus experiencias de trabajo en los diferentes establecimientos de salud donde les ha tocado desempeñarse profesionalmente, además que, dichas experiencias han servido como ejemplos de la problemática del sector salud que vivimos día a día y que desde los conocimientos de la economía de la salud se han tratado de solucionarlos utilizando los recursos existentes de la manera más eficiente en beneficio de la población peruana.
- A la ***Plana Docente de la UPG de Economía de la UNMSM integrantes de la Maestría de Economía de la Salud*** quienes a través de las diferentes asignaturas desarrolladas contribuyeron con brindar los mejores conocimientos y sus mayores experiencias en el campo de la salud, proporcionando bases sólidas de conocimiento a toda la promoción de alumnos en el complicado campo de la Economía de la Salud en nuestro País, donde los recursos utilizados son cada vez más escasos para la gran problemática del sector salud.

- Al profesional en estadística **Francisco De la Cruz Aramburú**, por el apoyo brindado en el manejo de la base de datos estadísticos y en la búsqueda de la mejor presentación de los mismos.
- Al **Dr. Hernán García Cabrera**, por los conocimientos brindados en mi formación de Post Grado en la Maestría de Economía de la Salud de la UPG de Economía de la UNMSM y por la asesoría brindada en la presente tesis. Así como, por compartir sus experiencias en el complicado campo de la Administración de Salud en nuestro país y por la búsqueda constante de las mejores soluciones técnicas en beneficio de toda la población.

## ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2006

PEREZ GUERRA, Nicomedes Nolberto.

### RESUMEN

**Introducción:** El análisis del acceso a los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud (MINSA) a la población de nuestro país continúa tomando mucho interés, debido a que existen millones de peruanos mayormente pobres y muy pobres que por su condición económica, no tienen acceso a los servicios de salud del MINSA, quién es el proveedor más grande y el que mayor cobertura de servicios de salud oferta en todo el país, constituyendo esta realidad, en una inequidad en el sector salud, contribuyendo al mismo, el área de residencia, la lejanía al centro asistencial, la educación del encuestado, el idioma materno, entre otros. **Objetivo:** Determinar la inequidad en el acceso a los servicios de salud del Perú cuando los usuarios se percibieron enfermos, según el nivel de pobreza. **Material y métodos:** Investigación descriptiva, de tipo transversal basada en la Encuesta Nacional de Hogares 2006. La medición de la inequidad se ha realizado mediante la comparación del acceso a los servicios de salud entre los pobres y no pobres, a través del índice de concentración y la curva de Lorenz. Se procesaron los datos con los programas estadísticos SPSS, EPIDATA y las hojas de datos de Microsoft EXCEL XP. **Resultados:** Se evidenció que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional, siendo el índice de concentración (IC) para el motivo económico (falta de dinero) -0.24, y para el motivo de lejanía al establecimiento de salud (se encuentra lejos) -0.43. Asimismo, existe mayor inequidad para la población rural cuando se compara con la población urbana

siendo el IC para la proporción de acceso a servicios de salud por falta de dinero -0.374 y para lejanía del establecimiento de salud -0.381, mientras que en la población urbana el IC para la proporción de acceso a servicios de salud por falta de dinero fue -0.13 y para la lejanía del establecimiento de salud fue 0.074. Asimismo, el 62.1% de la población no contaba con seguro de salud y respecto a la población con tenencia de seguros de salud de EsSalud que buscaron atención en el MINSA fue del 4.5%. Los principales motivos por el cual la población más pobre no tuvo acceso a los servicios de salud fueron: *no tuvo dinero* (39.4%), *no cree en la medicina* (35.7%) y *no fue necesario* (18.5%). **Conclusión:** En el estudio se evidenció la inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional, ya que los índices de concentración (IC) encontrados para los principales motivos del no acceso a estos servicios de salud así lo determinaron.

**PALABRAS CLAVE:** Inequidad, equidad, servicios de salud, acceso a servicios de salud.



# ACCESS TO HEALTH SERVICES OF THE MINSA ACCORDING TO THE NATIONAL SURVEY OF HOMES 2006

PEREZ GUERRA, Nicomedes Nolberto.

## ABSTRACT

**Introduction:** The analysis of the access to health services provided by the MINSA to the population of our country continues taking a lot of interest, because there are millions of Peruvians mostly poor and very poor by economic status, do not have access to health services of the MINSA, who is the biggest supplier and the one that major coverage of health services offers in the whole country, constituting this reality, in an inequity in the health sector, contributing to it, the area of residence, the distance to the medical center, respondent's education, the mother language, among others. **Objective:** To determine the inequity in the access to health services of Peru when the users perceived ill, according to the poverty level. **Material and methods:** Descriptive study, of transverse type based on the National Survey of Homes 2006. The measurement of the inequity has been realized by comparing the access to health services among the poor and not poor, across the index of concentration and Lorenz's curve. The information was processed with SPSS statistical software, EPIDATA and the sheets of Microsoft EXCEL XP. **Results:** There was demonstrated that inequity exists in the access to the health services of MINSA at national level, being the index of concentration (IC) for the economic motive (lack of money) -0.24, and for the motive of distance to the medical center (located away) -0.43. Likewise, major inequity exists for the rural population when it's compared by the urban population being the IC for the proportion of access to health services for lack of money -0.374 and for

distance of the medical center -0.381, while in the urban population the CI for the proportion of access to health services for lack of money was -0.13 and for distance from the health center was 0.074. Also, the 62.1% of the population had no health insurance and for the stock-holding EsSalud health insurance who sought care in the MINSA was 4.5%. The main reasons by which the poorest population did not have access to health services were: it did not have money (39.4 %), it does not believe in the medicine (35.7 %) and it was not necessary (18.5 %). **Conclusion:** The study showed the inequity in the access to health services of the MINSA at the national level, since the concentration indexes (CI) found for the main reasons for not accessing health services so identified.

**KEY WORDS:** Inequity, equity, health services, access to health services.

## **INTRODUCCION**

El análisis de la situación socioeconómica, así como, de otros determinantes con el acceso a los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud (MINSA) a la población de nuestro país continúa tomando el interés, debido a que existen millones de peruanos de condición socioeconómica pobre y muy pobre, que no tienen acceso a los servicios de salud que brinda el MINSA, quién es el proveedor más grande y el que mayor cobertura de servicios de salud oferta en todo el país, constituyéndose esta realidad, en una inequidad en el sector salud. Asimismo, dentro de los otros determinantes que influyeron tenemos el área geográfica de residencia; el nivel educativo del encuestado, así como, del jefe del hogar; el idioma materno; entre otros.

Cabe mencionar, que durante los últimos años, todas las mejoras realizadas en el sector salud, a través de los diferentes programas y seguros de salud ofrecidos por el MINSA, estos no han tenido el éxito esperado y por lo tanto no han podido llegar a la totalidad de la población, incluida la población pobre y muy pobre de nuestro país. Asimismo, se esperaba que con la implementación del Sistema Integrado de Salud (SIS) estas inequidades debieran de disminuir y desaparecer, ya que los beneficiarios principales fueron la población pobre y muy pobre de nuestro país, sin embargo, esto no ha ocurrido así y en la

realidad todavía se evidencia inequidad en las prestaciones de salud brindadas en el sector salud.

Dentro de este contexto, la razón principal que explica el interés y estudio en este tema, es la de poder evidenciar una de las problemáticas que afronta el sector salud, así como, continuar con este tipo de investigaciones y establecer mayores fuentes de información que sirvan para fomentar políticas públicas que logren en la realidad alcanzar la equidad en el acceso a los servicios de salud del sector salud en nuestro país.

## **CAPITULO I : MARCO DE REFERENCIA**

### **1.1 PROBLEMA**

#### **1.1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Según el autor Valdivia, M., en su publicación *“Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú”* refiere que *“El análisis de la relación entre las desventajas socioeconómicas y el estado de salud de los individuos ha tomado una creciente importancia en la literatura económica y epidemiológica internacional, incluso en países desarrollados. Una de las razones que puede explicar este creciente interés está relacionada con lo ético y parte del reconocimiento de que las inequidades en salud tienen un efecto más dramático sobre la vulnerabilidad de los individuos (...) ya que las diferencias en salud son, literalmente, un asunto de vida o muerte (Birdsall y Hecht, 1995). Una segunda razón para explicar este interés puede radicar en la persistencia de este tipo de inequidades en sociedades de alto nivel de ingresos per cápita”* (1).

Actualmente, después de muchos años, estas condiciones de vida siguen existiendo en muchas partes del mundo y también en la población de nuestro País y por estas razones, principalmente, es

que la población pobre y muy pobre del País resultan siendo las más afectadas.

Según Schneider, María C., et al., en su publicación *“Métodos de medición de las desigualdades de salud”* (2002) hace mención a que *“Se sabe que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad. [Por lo que], medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud”* (2).

Por estas razones, la problemática del acceso a los servicios de salud que tiene el mayor proveedor en nuestro país, es decir, el Ministerio de Salud (MINSA), sigue siendo vigente y de mucho interés su estudio.

### **1.1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA**

La investigación toma como fuente de información la encuesta nacional de hogares (ENAHOG) 2006, la cual tiene una cobertura geográfica a nivel nacional (urbano y rural). Las encuestas se realizaron en los 24 departamentos y en la provincia constitucional del Callao de nuestro país.

### 1.1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

El problema del acceso a los servicios de salud del MINSA cuando el usuario se percibe enfermo, es multicausal y se ve agravado por el bajo presupuesto asignado al sector salud <sup>1</sup> cuando se compara con otros países latinoamericanos, por lo que el MINSA no puede garantizar un equipo mínimo de profesionales de la salud, que cuenten con un profesional médico, en todos los establecimientos de salud del área urbana o rural, con lo cual se estaría garantizando la atención de salud a la población económicamente más vulnerable de nuestro país.

Según el censo nacional del año 2005 la población del Perú fue de 27'219,264 habitantes <sup>2</sup>, de los cuales, solo el 35.3% declaró tener alguna forma de aseguramiento en salud, quedando un 64.7% sin seguro de salud (3). Según el INEI estableció que *“durante el trimestre móvil enero - febrero - marzo 2006, el 64.1% de la población a nivel nacional **no se encontraba afiliada** a algún tipo de seguro de salud; en tanto que el otro 35.9% de la población nacional cuenta con un seguro de salud”* (4). Según Francke et al., en el documento *“Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006–2011”* (2006) refiere que *“(...) Los problemas de falta de acceso a servicios preventivos y recuperativos de salud,*

---

<sup>1</sup> El gasto en salud del Perú fluctúa entre un 4,6% y un 4,8% del PBI, muy por debajo del promedio latinoamericano de 7,3%. Este gasto se estima en aproximadamente 2.500 millones de dólares, donde solo un 23% corresponde al gasto público y un 39% al gasto de los hogares. En: Rev. Economía y Sociedad N° 59, CIES, marzo 2006.pag 35.

<sup>2</sup> <http://www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/6192.pdf> (INEI Nota de Prensa N° 44 Febrero 2006). Este dato se toma solo como aproximación de la población total del Perú para el año 2005 debido a que surgieron controversias en la metodología utilizada para el cálculo poblacional, realizándose por ello un nuevo censo nacional de población el año 2007 cuyos resultados son los oficiales y reemplazan a los del año 2005. Para el año 2007 la población del Perú fue de 27'412,157 habitantes (Fuente: INEI-CPV 2007).

*derivados de la falta de recursos económicos por parte de las mayorías, en un contexto de cobro de tarifas y medicamentos (...) es uno de los problemas fundamentales del derecho a la salud en el Perú [y que] lo más grave es que un 25% de la población peruana está excluida del sistema de salud, a pesar de que el Estado ha intentando, a través del Ministerio de Salud (Minsa), llegar a los más pobres y de haberse triplicado el número de establecimientos y recursos humanos” (5,6). Asimismo, en el documento “Políticas de salud 2006–2011” establece que esta problemática “(...) afecta seriamente el desarrollo de capacidades del capital humano además de afectar el derecho que tienen los ciudadanos de acceder a un estado de salud y bienestar pleno” (6).*

Es así, que el MINSA como el principal proveedor de servicios de salud para todos los grupos socioeconómicos a nivel nacional, en el momento en que los usuarios se percibieron enfermos y requirieron solicitar la atención de salud requerida, se encontraron con algunos determinantes que condicionaron el acceso y no acceso a los servicios de salud del MINSA en el año de estudio.

#### **1.1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

Una de las principales justificaciones fue la existencia de un número considerable de usuarios que percibiéndose enfermos, no tuvieron acceso a los servicios de salud del MINSA durante el año 2006. Asimismo, la ubicación geográfica de la población (pobre y/o muy pobre) en zonas periféricas de áreas urbanas ó rurales, así como, en



algunas regiones pobres de nuestro país, sumado a ciertos determinantes para el acceso a los servicios de salud del MINSA, han contribuido a esta problemática. De otro lado, la falta de un seguro universal de salud, para toda la población y en especial para aquella de menores recursos socio-económicos, hace que los usuarios cuando se percibieron enfermos no puedan acceder a los servicios de salud del MINSA cuando lo necesitaron. Otro punto importante fue la de contribuir y continuar con investigaciones respecto al acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional para establecer mayores fuentes de información que sirvan para fomentar políticas públicas que contemplen la equidad en el sector salud.

## **1.2 MARCO TEORICO Y REFERENCIAL**

### **1.2.1 MARCO TEORICO**

Al buscar en la literatura información respecto al acceso a los servicios de salud, nos encontramos con términos que debemos previamente conceptualizarlos para tener una mejor comprensión del tema investigado como son: equidad, igualdad, desigualdad, inequidad, pobreza, exclusión en salud y acceso a los servicios de salud, los cuales se irán definiendo paulatinamente, ya que al referirnos por ejemplo al término “*equidad*”, este no esta referido y tampoco sea lo mismo que al término “*igualdad*” y paralelamente el término “*desigualdad*” no es lo mismo que el término “*inequidad*”.

### 1.2.1.1 EQUIDAD - IGUALDAD

Según el autor Rubio C., S., en su obra *“Glosario de Economía de la Salud y disciplinas afines”* refiere que la Equidad es el *“Principio normativo de la economía de la salud que, como concepto genérico, equivale a rectitud o sentido de justicia natural y cuyo objetivo en el ámbito sanitario es la provisión igualitaria de servicios para toda la población; requiere el conocimiento y la determinación previa del concepto de necesidad; y exige la utilización de patrones para su medición objetiva. Puede estar referida tanto a la proporción de población protegida por el sistema público, como a los servicios de cuidados sanitarios garantizados mediante dicho sistema. Habitualmente está vinculado a nociones tales como: igualdad de acceso o igualdad de utilización de los servicios respecto de las necesidades”* (7). Asimismo, Kliksberg, B., en la publicación *“El acceso a la salud: una cuestión crucial”*<sup>3</sup> refiere que *“La salud es, ante todo, un fin en sí mismo. Pertenece a la categoría de los derechos humanos más básicos. Crear condiciones favorables a la salud de toda la población no es una concesión o una facilidad, es hacer honor a ese derecho básico. Es una de las obligaciones fundamentales de un sistema democrático por su misma definición. Como lo destacan adecuadamente George Alleyne (OPS) y Gerth Rosenthal (CEPAL) (1998), el acceso equitativo a servicios de salud es un derecho esencial de los seres humanos en nuestro tiempo, y es una condición básica para asegurar la fortaleza de la democracia,*

---

<sup>3</sup> Kliksberg, B. “Hacia una economía con rostro humano” pp. 57-76.

*la gobernabilidad de las naciones y la legitimidad de los Estados. (...) Por estas y otras razones, la equidad en salud es una meta esencial para las sociedades democráticas de nuestro tiempo. Según M. Whitehead, esa equidad puede definirse como: Igual acceso a servicios de atención similar para iguales necesidades de salud; igual capacidad de uso de los servicios para las mismas necesidades; igual calidad de atención para todos” (8). Asimismo, en el desarrollo y publicación del tema “Regulación y competencia en el mercado de la salud: Análisis desde la perspectiva de la Equidad” la autora Juárez R., C., en el desarrollo y publicación de las “Perspectivas Generales y Experiencia Mexicana” <sup>4</sup> refiere que “El concepto de equidad es dinámico en tiempo y espacio. Las definiciones operacionales van a depender tanto del concepto a que se haga referencia como de los propósitos que se planteen. La equidad desde el punto de vista de eliminar la desigualdad en la provisión de servicios, debe entenderse y medirse al nivel de la provisión de servicios y no necesariamente al nivel del estado de salud de la población, la equidad perfecta se entiende como una igualdad en esa provisión para toda la población. La equidad nos orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población, implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos. En el área de la salud, la equidad define el grado de ajuste entre las características de la población y las del sistema de salud y explica cómo sus determinantes profundizan o*

---

<sup>4</sup> En: “Salud, equidad y desarrollo económico” pp. 174-181.

*reducen las desigualdades sociales. (...) La equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad, tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, lo que significa el análisis de los diversos perfiles epidemiológicos, los gradientes en la distribución de recursos y de tecnología; las diferencias en el acceso, uso y calidad de los servicios, así como la cultura de la salud, donde se materializan las condiciones, hábitos de vida y los conocimientos en materia de promoción, prevención y recuperación de la salud. (...) La equidad es por ende inseparable de las necesidades y tiene cuatro grandes enfoques: a) equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales b) equidad de utilización ante necesidades iguales c) equidad en el funcionamiento de los servicios d) equidad en el bienestar social y la salud. El enfoque sobre el acceso implica la distribución de los recursos y los servicios, el criterio de análisis es sobre los niveles distributivo inherentes a la ubicación de los servicios con respecto a la población y se identifican dos posiciones: la primera que propone equidad democrática (igualdad de recursos dirigidos a toda la población y se aplica en las mediciones cuantitativas) y las segundas la que la distribución se analiza en función de las necesidades, cuantificar requerimientos y establecer normas de distribución de recursos según criterios, objetivos, identificación de condiciones diferenciales de acercamiento entre la población y los servicios. (...) En relación al funcionamiento de los servicios se ve la equidad como resultado de la atención, vista como calidad en los recursos y la operación de los servicios que conllevan*

*la igualdad en la probabilidad de resolución de un riesgo. Para medir la equidad en forma resumida es necesario; la clasificación de la población en grupos de acuerdo a tres dimensiones: geográfica, socioeconómica y epidemiológica, cada una aporta diferentes enfoques. El criterio geográfico, casi siempre es el que se utiliza, aquí hay que tener en cuenta la desigualdad entre grupos y la desigualdad en el propio grupo formado. El criterio socioeconómico es el apropiado siempre que la probabilidad considerada dependa del poder de compra del individuo, directa o indirectamente (ejemplo mala nutrición). El criterio epidemiológico puede ser el más apropiado cuando se quiere saber si la atención médica se concentra donde más se necesita” (9).*

Asimismo, en el desarrollo del tema “*La equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados*” las autoras Martínez, E., Villalba, S., en la publicación “*La experiencia en Paraguay*”<sup>5</sup> refiere que “*El concepto de equidad en salud, puede ser abordado, desde la perspectiva de la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud, de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus necesidades reales de salud. El concepto de equidad en el acceso significa que las personas acceden a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no de acuerdo a su nivel de ingreso*” (9).

Cabe mencionar que “*(...) hoy en día se hace necesario considerar que un sistema de salud es equitativo si le permite a todos el acceso*

---

<sup>5</sup> En: “Salud, equidad y desarrollo económico” pp. 54-63.

*a los servicios de salud que contribuyan en forma eficaz en el tiempo y el espacio, a una mejoría de la salud de la población y a la igualdad en términos de niveles de salud de los individuos dentro del contexto global de la sociedad y cuyas definiciones operacionales van a depender tanto del concepto a que se haga referencia como de los propósitos que se planteen” (9, 10).*

*Se menciona que “cada sociedad tiene su propio criterio de equidad, que va cambiando a lo largo del tiempo. La OMS, en su estrategia “Salud para Todos” se decanta por la igualdad de acceso, de modo que un sistema sanitario es equitativo si garantiza un acceso igual a los servicios de salud, si establece la prioridad de la asistencia de acuerdo con la necesidad médica (posibilidad de recibir beneficio) y no según la capacidad o la disposición de pagar, si todos reciben la misma calidad del cuidado -entendida en sentido amplio como efectividad más satisfacción- y si además distribuya equitativamente las cargas financieras. La equidad desde el punto de vista de eliminar la desigualdad en la provisión de servicios, debe entenderse y medirse al nivel de la provisión de servicios y no necesariamente al nivel del estado de salud de la población, la equidad perfecta se entiende como una igualdad en esa provisión para toda la población” (9).*

*Asimismo, que “Equidad no es lo mismo que igualdad (...) así, mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos, por lo que en términos operacionales, la*

*equidad en salud se traduciría, por tanto, en la minimización de disparidades evitables en la salud - y sus determinantes - entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social y al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. El **estado de salud** tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la **atención de la salud** es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud y (...) se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos, y el financiamiento. En consecuencia, La equidad en el estado de salud apunta al logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos, por lo que la equidad en la atención de la salud implicaría que los recursos se asignen según la necesidad; los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad; y el pago por servicios se haga según capacidad económica. Además, es importante destacar que la noción de necesidad está en la base del concepto de **equidad distributiva** y tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos” (11).*

#### **1.2.1.2 DESIGUALDAD E INEQUIDAD**

Según Martínez, F. (2006) en la revisión conceptual de “Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/Inequidad en salud”

Menciona que “El término **desigualdad** hace referencia, a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta. Es claro que existen muchas desigualdades en salud [como por ejemplo:] la edad, el género, condiciones biológicas o geográficas [que] se traducen naturalmente, en desigualdades en salud [y] hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; ya que esta última incorpora en su concepto el valor de justicia [y] para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas. [Por lo tanto], medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las inequidades en salud” (12).

Según Gómez, E., refiere que “(...) no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de inequidad adoptada por OMS /OPS es la de **desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas**” <sup>6</sup> (11). Asimismo, el autor Dash, N., considera que “Inequidad es el opuesto de la equidad, pero no es la inequidad que significa simplemente injusticia (...) diremos que existe una

---

<sup>6</sup> Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*. Document EUR/ICP/RPD /414., WHO Office for Europe, Copenhagen, 1990



*inequidad en salud si tenemos una desigualdad evitable, desnecesaria e injusta (...) es por lo tanto, antes de todo, un problema de ética, para ser discutido desde el punto de vista de la teoría de la justicia” (13), tomando este tema mayor importancia desde que el Economista Amartya Sen<sup>7</sup> lo analizara en sus publicaciones (14).*

*Según Martínez, F., refiere que “la inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la inequidad social, en otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares; los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no sólo en las sociedades ricas; la ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social. Para mayor claridad en este punto existe algún grado de dificultad con la apreciación que define inequidad en salud como desigualdades en materia de salud injustas e innecesarias y evitables. La expresión inequidades en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre zonas de dicho país (...) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales*

---

<sup>7</sup> Amartya Sen, Premio Nobel de Economía 1998

fundamentales y de instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen. La dificultad reside fundamentalmente en que se podría interpretar por este camino que las diferencias sociales son normales, pero que arrojan resultados injustos sobre los individuos (suerte o vulnerabilidad) y no que una organización social injusta produce resultados correspondientes a dicha estructura de injusticia y se podría interpretar en el mismo sentido que las inequidades en salud se pueden solucionar (evitar) sin modificar en absoluto las estructuras de inequidad social que generan” (12). Según las autoras Martínez, E., Villalba, S.<sup>8</sup>, refieren que “La inequidad en el acceso se puede deber a razones económicas de las personas para cubrir sus gastos en salud, a la distribución geográfica de los servicios, a las barreras impuestas por las creencias, la cultura y la educación” (9). Asimismo, Kliksberg, B., menciona que “(...) la **población pobre** sufre todo orden de inequidades en salud, tiene más posibilidades de enfermarse, su acceso a cobertura médica es menor, tiene menos información sobre su misma existencia y sobre cómo lidiar con sus dolencias, tiene menos capacidades para hacer uso de los servicios de salud, y la calidad de la salud que se le ofrece es mucho menor que la que llega a los otros sectores; en consecuencia, es una población que tiende a sufrir lo que Musgrave (1996) llama **indigencia médica** la cual es una forma de pobreza que se añade a las otras, pero que puede conducir a la pérdida de la vida o a deterioros de la salud” (8).

---

<sup>8</sup> En: “Salud, equidad y desarrollo económico” pp. 54-63.

### 1.2.1.3 LA POBREZA Y SU MEDICION A TRAVES DEL METODO DE TENENCIA DE ACTIVOS

El INEI en su informe técnico de medición de la pobreza 2004, 2005 y 2006 refiere que *“La pobreza es un concepto multidimensional y complejo y por tanto no existe una definición única de pobreza. Sin embargo, una definición que aproxima a esta multidimensionalidad es la que refiere a la pobreza como la incapacidad de las personas de tener una vida digna”*. De igual manera, en dicho informe técnico como en la publicación de los autores Feres, J., y Mancero, X., *“Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura”* se sostiene que *“los aspectos que componen una vida digna (tolerable) son múltiples: Llevar una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y disfrutar de un nivel de vida confortable, además de otros elementos como la libertad política, el respeto de los derechos humanos, la seguridad personal, el acceso al trabajo productivo y bien remunerado y la participación en la vida comunitaria”* (15, 16).

Asimismo, Feres, J., y Mancero, X., mencionan que *“para **identificar** a los pobres se requiere comparar el bienestar de distintas personas, para evaluar si algunas de ellas tiene un nivel menor al **mínimo razonable** fijado socialmente. Cada forma de medir la pobreza tiene implícito un **indicador de bienestar**, y los resultados que se obtengan serán probablemente muy sensibles al indicador elegido. Luego, una vez escogido un indicador de bienestar es necesario escoger un método que permita responder a la pregunta ¿desde que*

nivel de bienestar se considera que una persona no es pobre?. Al respecto existen diferentes enfoques, según consideren la pobreza como un **fenómeno absoluto o relativo**, midan **capacidad de consumo** versus **consumo efectivo**, o consideren que el concepto de pobreza pueda ser **mejor definido por las mismas personas encuestadas** que **por el investigador**. [Como ejemplo se mencionan a los] *indicadores de bienestar, líneas de pobreza y el método directo*” (16).

En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) es el órgano estatal oficial para el cálculo de los indicadores de pobreza y lo realiza a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) utilizando el método indirecto de la línea de pobreza (Ver Fig. N° 1).

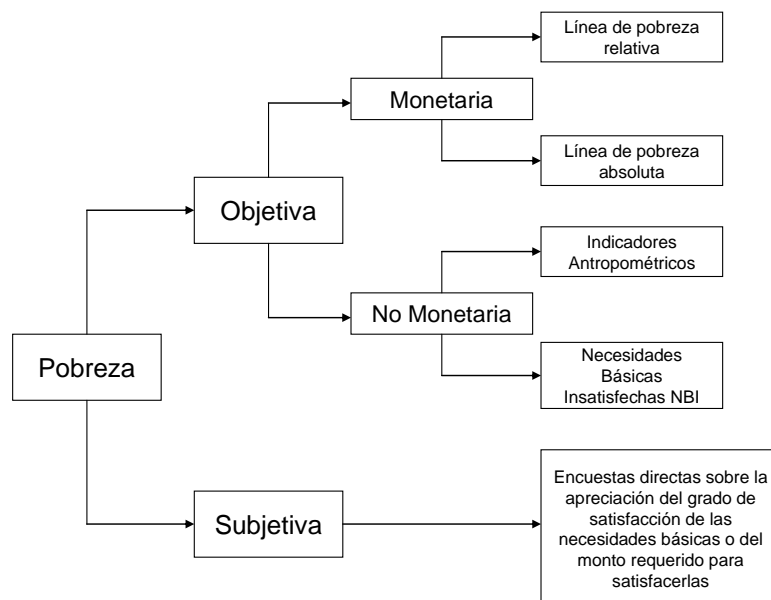


Figura 1. Enfoques de la pobreza-INEI

Referente a la medición de la Pobreza a través de la tenencia de activos el autor Valdivia, M., en la publicación *“El enfoque de género en el estudio Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú: ¿Una cuestión de número o de momento?”* refiere que “(...) Una de las razones por las que no se utilizaba esta encuesta [ENDES] para realizar el análisis de la relación entre pobreza y salud es que, **como la mayoría de encuestas de salud**, la ENDES no cuenta con información de gastos o ingresos familiares. Sin embargo, **Filmer y Pritchett (2001)**<sup>9</sup> contribuyeron a permitir ese tipo de análisis, al mostrar la posibilidad de utilizar el método de **componentes principales**<sup>10</sup> para construir un indicador del nivel socioeconómico de los hogares, **a partir de las características de la vivienda y la tenencia de activos**” (17). Al respecto el Instituto Nacional de Salud (INS) en su publicación *“Efecto del nivel socioeconómico sobre algunos indicadores de salud y nutrición en la niñez, Perú 2003 – 2004”*, refiere que “en la literatura existen básicamente dos metodologías para asignar un nivel socioeconómico a un hogar en una encuesta cuando no se dispone de información sobre el gasto per cápita de la familia (...). La primera, denominada **índice de activos** desarrollada por Gwatkin et al. (2000) del Banco Mundial, utiliza el análisis de componentes principales (ACP) para construir un número índice que refleje el nivel de bienestar del hogar, de modo

---

<sup>9</sup> Filmer, Deon y Lant H. Pritchett (2001). “Estimating Wealth Effects without Expenditure Data-Or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India”, en *Demography*, vol. 38, N° 1. Silver Spring, MD: Population Association of America, febrero, pp. 115-132.

<sup>10</sup> Este método es una técnica estadística que consiste en reducir gran cantidad de datos en pocas variables sin perder la información disponible inicialmente.

*que menor bienestar implica mayor pobreza y mayor bienestar menor pobreza. El método utiliza los principales activos con los que cuenta el hogar, tales como por ejemplo los activos físicos (inmuebles, automotores, artefactos, etc.) y activos humanos (salud y educación del jefe del hogar y del o la cónyuge), la segunda metodología, utiliza la **estimación del gasto per cápita** para estratificar a las familias [en quintiles o deciles]” (18). Es así que “Este indicador, basado en la tenencia de activos de los hogares, nos ofrece evidencia acerca de la relación entre el nivel socioeconómico (NSE) de las familias y un conjunto muy rico de indicadores del estado de salud y del acceso a los servicios de salud por parte de los individuos, especialmente del binomio madre-niño” (1).*

En el estudio se utilizó el método de la tenencia de activos con la finalidad de formar grupos de riqueza como una aproximación del nivel socioeconómico de los hogares para medir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del MINSA y sus determinantes, dado que los indicadores de salud utilizados para ello permitieron una mejor descripción de la problemática en el sector salud.

#### **1.2.1.4 EXCLUSION EN SALUD**

Según la OPS y OMS en su publicación “*Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*” (2003) refieren que “Las reformas económicas implementadas durante las décadas de los ochenta y noventa en la mayoría de los países del mundo no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este período

*aumentó la pobreza, empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres. [Asimismo] los actuales problemas del sector salud (...) han generado líneas de trabajo destinadas a analizar y atacar las causas de la inequidad en salud; a estudiar el impacto de la pobreza sobre la incidencia y prevalencia de los problemas de salud; y a comprender las manifestaciones de la exclusión social en el ámbito de la salud. El desarrollo de estas líneas de trabajo ha generado ópticas distintas para abordar los problemas de salud, cada una de ellas basada sobre alguno de los siguientes supuestos: [a] Que los problemas de falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud son la principal causa de desigualdades injustas en los resultados de salud, [b] Que los problemas del sector salud tienen que ver básicamente con una cuestión de cantidad y asignación de los recursos disponibles y [c] Que una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros, es la falta de acceso a los servicios de salud. [Por lo que] la exclusión en salud —entendida como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan— tiene que ver con todos estos aspectos, pero no puede ser totalmente explicada por ninguno de ellos. [Además] se ha demostrado consistentemente que la inequidad (...) es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de*

*los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. [Por lo que] la inequidad genera exclusión en salud” (19).*

#### **1.2.1.5 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

En la literatura medica existen muchas definiciones respecto al término “acceso a los servicios de salud” y según el autor Rubio, S., lo define de estas maneras: “[a] Atributo de los sistemas sanitarios que se refiere a la posibilidad que tienen los ciudadanos de recibir los servicios que le ofrece un sistema en función de su condición o estado de salud, en el momento y lugar donde lo necesiten, en suficiente cantidad y a un coste razonable; [b] mide el grado en que un sistema sanitario permite libremente el acceso al disfrute de prestaciones a un individuo o un grupo; [c] condición vinculada a la equidad de distribución de los servicios sanitarios que integra aspectos económicos (gratuidad), geográficos (vías de comunicaciones, red de transporte y existencia de servicios), legales (derecho a la atención), y culturales (niveles mínimos que hagan posible la adquisición de hábitos saludables)” (7). Asimismo, Kliksberg, B., refiere que “como lo destacan adecuadamente George Alleyne (OPS) y Gerth Rosenthal (CEPAL) (1998), el acceso equitativo a servicios de salud es un derecho esencial de los seres humanos en nuestro tiempo, y es una condición básica para asegurar la fortaleza de la democracia, la gobernabilidad de las naciones y la



*legitimidad de los Estados” (8). Sin embargo, en nuestro país, esto no ha ocurrido así, ya que el investigador Bardález del Águila, C., en la publicación “La salud en el Perú” (2006) refiere que “(...) en el Perú hasta la década del setenta existía exclusión de servicios de salud de amplios sectores de la población, como consecuencia de su marginación ciudadana, ya que fue a finales de esa década en que se instituye la universalidad de los derechos ciudadanos en la constitución política del país. Incluso la constitución vigente es contradictoria e insuficiente en la institución de derechos en salud; así, establece que la seguridad social es universal pero a la vez progresiva y que el Estado sólo garantiza el libre acceso a los servicios, restringiendo la ciudadanía a una condición de clientes de servicios en un libre mercado, sin instaurar el derecho a la atención de salud. Es por ello, que el desarrollo de los servicios primarios recién se inicia desde esa década; sin embargo, un serio problema era la escasez de personal en los establecimientos rurales, especialmente de profesionales, debido a la falta de asignación de plazas; los establecimientos funcionaban con personal no profesional y con poco entrenamiento. Es recién en la década del noventa que se dota de profesionales a estos establecimientos; sin embargo, la cobertura de Atención Primaria ha crecido lentamente, con limitaciones en los ámbitos rurales a pesar de la importante expansión de infraestructura producida. Sólo una cuarta parte de la población tiene un seguro de salud: 20.1% en ESSALUD (seguro público); 2% en seguros privados y 1.3% en la sanidad militar o*

*policial; habiendo decaído la cobertura discretamente en la última década. Esto ocurre debido a la gran informalidad en el empleo y a la pobreza extendida, porque el aseguramiento depende de contribuciones en la planilla de pago de los trabajadores. A este problema hay que agregar que sólo el 57% de los asegurados en ESSALUD usa sus servicios de atención ambulatoria. Por su lado, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), de carácter privado y creadas en 1998 con la modernización de la seguridad social, tienen una cobertura insignificante (1.3%)” (20).*

En el estudio realizado por Lip, C. y Rocabado, F., “*Determinantes sociales de la salud en el Perú*” (2005) menciona que “*En los últimos 15 años, en Perú ha aumentado significativamente el número de establecimientos que prestan servicios de salud tanto a nivel urbano como rural. El papel –cualitativo y cuantitativo– del Estado en esta respuesta social organizada ha sido y sigue siendo central (...). Por ejemplo, el MINSA es propietario de 140 hospitales (24,489 camas) [y] producen aproximadamente 500,000 egresos al año y atienden, además, el 50% de todas las consultas del sub sector público (siete millones de consultas al año). El número de establecimientos de salud ha aumentado su disponibilidad a nivel nacional. Sin embargo, la disponibilidad de un servicio no necesariamente indica su utilización. Por un lado, por ejemplo, si bien es posible que un pobre pueda ser atendido en cualquier hospital (...), lo esperable es que se atienda en el sub sector estatal, [pero] ello no debe llevar a pensar que los hospitales estatales atienden mayormente a pobres. [Como*

otros determinantes] *del poco uso de los servicios de salud por algunos grupos sociales [se consideran:] la accesibilidad geográfica y la pertenencia étnica (21).*

Según el estudio realizado por el INEI sobre “*Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú*” (2000) refiere que “*el acceso debe ser entendido como entrada o ingreso o utilización de un servicio de salud, y debe ser entendido en el sentido más amplio analizando las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de servicios).* - (...)El acceso mismo se mide mejor mediante observaciones del comportamiento de las personas, es decir del uso que realmente hacen de los servicios de salud - <sup>11</sup>, (agregaríamos) a partir de sus condiciones socioeconómicas y demográficas (...); y que difiere del término accesibilidad que está más vinculado al concepto de demanda por servicios de salud ligado a una función del precio, tiempo de transporte y tiempo de espera, así la accesibilidad - es el grado de ajuste entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención - <sup>12</sup>. Es evidente por lo mencionado que el acceso a los servicios de salud viene determinado por varios factores. -En primer lugar, influyen la distribución espacial de la población, las comunicaciones y el grado de heterogeneidad u

---

<sup>11</sup> Aday L.A., Andersen R.A.: Framework for study of access to medical care. Health Serv Research 1974. Pág. 9.

<sup>12</sup> Frenk Julio: El concepto y la medición de accesibilidad. En Salud Pública de México. Setiembre-octubre de 1985. Página 443.

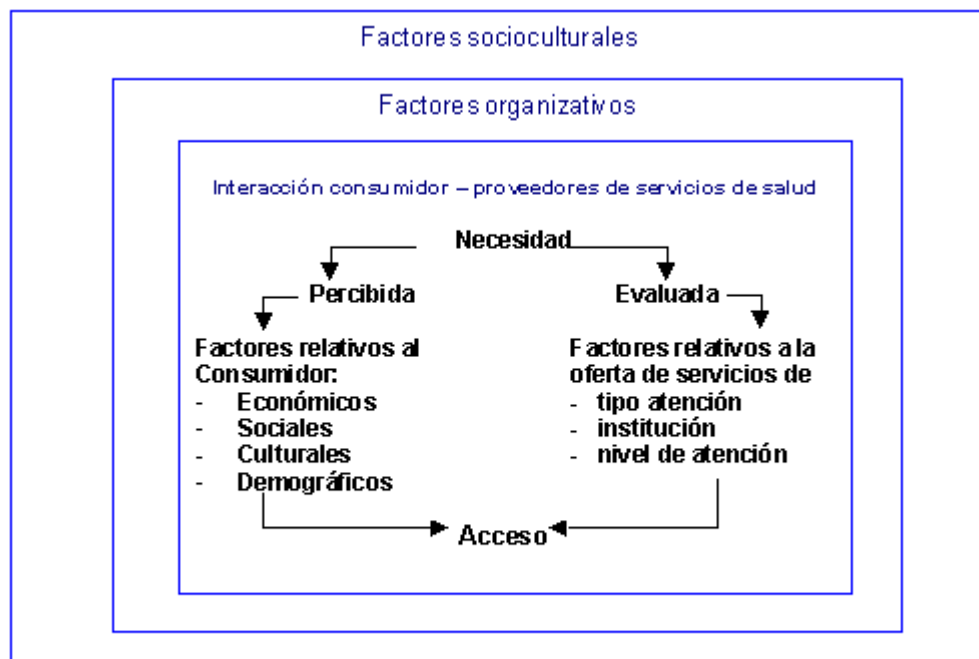
*homogeneidad cultural y étnica. También inciden factores asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados. Finalmente, las reivindicaciones de organizaciones con poder político tienen importantes efectos, en la medida en que la asignación de recursos responde a la capacidad de presión de distintos actores sociales - <sup>13</sup>. Así muchos factores determinantes para unos se constituyen en barreras que limitan este acceso y para otros no, ello por la existencia de disparidades en la dotación de activos en la población y por la distribución de recursos entre ellos como por ejemplo el ingreso, así en poblaciones como la del Perú, donde coexisten grandes sectores poblacionales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, el acceso a los servicios de salud se ve muy limitado y entonces grandes sectores poblacionales no acceden a estos servicios, encontrando por tanto barreras que impiden el acceso, configurando así un sentido de inequidad en salud. La equidad en lo que respecta al acceso no implica que necesariamente toda la población reciba los mismos servicios, dicho de otra manera, el hecho que exista acceso a los servicios de salud no necesariamente significa que exista equidad, pues en la provisión de la oferta se definen características que definen la calidad, oportunidad y eficiencia del servicio recibido, y que ello es a su vez dependiente de otras variables como la asignación presupuestal, los*

---

<sup>13</sup> OPS - CEPAL: Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. En Cuaderno Técnico Nº 46.1997. Página 21.

recursos humanos con los que cuenta, el desarrollo tecnológico alcanzado y en general las características y el comportamiento de esta oferta sanitaria. (...) Los factores que llamamos socioculturales que determinan el acceso a los servicios de salud incluyen tecnología y valores, entendiéndose por el primero como factor socio cultural con bajo control que tiene tanto la población como los proveedores, pero que ejerce influencia sobre el uso de los servicios, tomado en el sentido económico se configura como una externalidad que afecta tanto a quienes demandan y a quienes ofertan servicios de salud. Los valores sociales implican que el acceso y no acceso está también influido por aspectos culturales, étnico o grupo de referencia.

Ver Fig. N° 2.



**Figura N° 2 Factores determinantes del acceso a los servicios de salud**  
**Fuente:** Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú (INEI)

Los factores de organización son aquellas estructuras y procesos de cómo está organizada la respuesta que ha dado la sociedad al bien

*salud, estos comprenden la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes), la accesibilidad geográfica, accesibilidad temporal, la accesibilidad social (aceptabilidad y capacidad de pagar el servicio), las características de la estructura del sistema de salud y el proceso de prestación de servicios” (22).*

### **1.2.2 MARCO REFERENCIAL**

Una fuente de investigación para determinar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en nuestro país es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) que lo realiza el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y de la cual se ha valido la presente investigación. Asimismo, considero definir, como marco referencial previo, lo que es el INEI y la ejecución de la ENAH.

El INEI es el órgano rector de los sistemas nacionales de estadísticas e informática en el Perú. Norma, planea, dirige, coordina, evalúa y supervisa las actividades estadísticas oficiales del país (23).

Asimismo, según el INEI refiere que “(...) ejecuta la ENAH desde el año 1995. Desde ese año hasta el 2002 se realizaba en los IV trimestres de cada año. A partir de mayo del 2003 el diseño de la encuesta cambia de un período de recolección de datos trimestral a una encuesta continua con relevamiento de información en los 12 meses del año. (...) Del 2001 hasta el 2006, el marco muestral básico para la selección de viviendas es la información estadística del Pre Censo de 1999-2000” (15).

Dentro del marco referencial considerado en el presente estudio se ha podido obtener la siguiente información sobre estudios previos que toman como problemática el acceso a los servicios de salud en nuestro país, así como las generalidades del mismo.

Según Madueño, M., en su informe técnico N° 012 *Perú: Estudio de demanda de servicios de salud (Documento 1)* refiere que *“En muchas partes del mundo, las oportunidades de acceso a los servicios de salud no son equitativas, lo cual atenta contra el estado de salud de las poblaciones con menores recursos. Mas aún, la poca capacidad adquisitiva de los segmentos pobres para satisfacer regular y oportunamente sus necesidades de salud pone en riesgo el desarrollo de las capacidades productivas y en situaciones extremas, caso de muerte, es factor de destrucción de capital humano. En ausencia de políticas adecuadas de salud, la inequidad en el acceso a los servicios de salud perjudica los valores sociales, limita el grado de desarrollo económico, debilita la cohesión social de un país e impide la construcción de una sociedad democrática donde se ejerza efectivamente los derechos de los ciudadanos. [Asimismo, sostiene que] el nivel de pobreza en el Perú es un factor que limita el acceso a los servicios de salud de una parte mayoritaria de la población, dando origen a una significativa demanda reprimida (sub reporte de enfermedad por falta de percepción o por subvaluación de la enfermedad). Este fenómeno se halla asociado a individuos que, por razones económicas, no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingresos u disponibilidad de atenciones, no*

hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad. Como estos individuos no acuden a los establecimientos médicos, su demanda no se refleja directamente en las estadísticas del sector salud ni se captura en las encuestas. La omisión o consideración inadecuada de la demanda reprimida por parte de las autoridades de salud pueden conllevar a una percepción equívoca respecto a la real dimensión del problema de salud en el Perú y a diseño de políticas poco eficientes. Los principales resultados del estudio de la demanda muestran evidencias de un **problema crítico de inequidad** que se refleja en (...): a) La población de alto riesgo, compuesta básicamente por la población pobre <sup>14</sup>, tiende a no declararse como enfermo (sub reporte de enfermedad) debido a sus bajos niveles de ingresos y a la carencia de cobertura de seguro que le impiden asumir los costos de enfermedad. Los pobres no asegurados evitan contactar el sector salud por temor de dos tipos de pérdida económica: [Primero] gastos de bolsillo (costo monetario) y [segundo] los ingresos que se dejan de percibir por reportarse como enfermo (costo de oportunidad); b) los niveles de sub reporte de enfermedad son directamente proporcionales a los niveles de pobreza de la población e inversamente a la disponibilidad del seguro de salud: cuanto más pobres y menos asegurados, tanto menos reportan. Como contraparte, los niveles de utilización son inversamente

---

<sup>14</sup> El 15% de la población en el Perú pertenece a hogares clasificados como pobres extremos teniendo un gasto per cápita anual de US\$ 192; mientras que un 39% de la población se ubica en hogares en situación de pobreza no extrema (con un gasto per cápita anual de US\$ 447).



proporcionales a los niveles de pobreza y directamente proporcionales a la disponibilidad del seguro del individuo: cuanto más pobres y menos asegurados, tanto menos utilizan los servicios de salud (...); c) los individuos con mayor riesgo de enfermarse, los cuales se concentran en los segmentos en pobreza extrema (los que no pueden satisfacer una canasta mínima alimentaria), son los que tienen las menores probabilidades de utilizar o acceder a los servicios de salud. Este resultado muestra una realidad dramática: las condiciones de mercado hacen que se revelen las necesidades de salud (reporte de enfermedad) de sólo los individuos con mayor probabilidad de acceso a los servicios de salud. Ello tiende a reforzar las evidencias encontradas respecto a la existencia de una demanda reprimida de servicios de salud que no se materializa en el mercado por existir individuos que no declaran su situación de enfermedad por razones económicas (...). [Asimismo, el estudio muestra como otras evidencias que] **la demanda encubierta de servicios de salud ha restringido el acceso del 11% de la población no asegurada,** concentrándose el déficit en los segmentos de pobreza extrema y en las áreas rurales (...). [Asimismo, en el estudio se evidencia que], **desde un punto de vista de la eficiencia, capta la atención las siguientes distorsiones de mercados:** a) El MINSA está subsidiando a un porcentaje elevado de la población que cuenta con recursos y posibilidades de adquirir una cobertura de seguro. En este sentido, el MINSA está desviando recursos que podrían ser utilizados, ya sea para financiar el acceso de poblaciones con menos

oportunidades o para fines de capitalización de sus establecimientos (...). b) El MINSA está subsidiando a EsSalud al atender parte de los asegurados a esta institución sin que haya una simetría en la atención que proporciona EsSalud a los usuarios no asegurados. Así, el 11% de los usuarios del MINSA son individuos afiliados a EsSalud, mientras que, el 4% de los clientes de EsSalud son no asegurados (...). **[Cabe mencionar además, la] existencia de importantes barreras de entradas al acceso de los servicios de salud la cual [se] constituye en una fuente adicional de demanda encubierta.** A nivel nacional, el 48,5% de los que se declararon enfermos asistieron a algún centro de salud institucional ya sea para recibir atención ambulatoria, internarse y/o realizar algún tipo de análisis, siendo este porcentaje mayor en el caso de los asegurados (57.6%). Sin embargo, cabe señalar, que del 51.5% de enfermos que no utilizó ningún servicio de salud, un 47% reportó no haber utilizado dichos servicios por razones de ingresos. En consecuencia, existe una demanda encubierta por razones económicas que asciende al 24% de la población que se reportó enferma, la cual podría estar subestimada por valorizaciones subjetivas de la población enferma, principalmente en los segmentos no asegurados en pobreza no extrema, que declaran innecesaria la utilización de los servicios de salud. Al respecto, en Lima Metropolitana el 51% de los enfermos no asegurados en situación de pobreza no extrema que no tuvieron consultas declararon que no era necesario asistir a un centro de salud” (24).

Según Sanabria M., C., en su publicación de *“Regulación y competencia en el mercado de salud del Perú: Análisis desde la perspectiva de la equidad”*<sup>15</sup> refiere que “(...) en base a la ENAHO de 1998, una revisión del modelo que explica lo siguiente: a) según deciles de ingreso y el acceso a los servicios de salud en el Perú están en una relación directa. Quien accede más a un servicio de salud es que tiene mayor ingreso y a la inversa, quienes no acceden a los servicios de salud son las personas que tienen menores ingresos, y a mayor ingreso menor participación en el no acceso. b) Luego buscamos establecer cuáles eran los determinantes del acceso a los servicios de salud y encontramos como determinantes el ingreso per-capita, la afiliación a la seguridad social, la pobreza extrema, la pobreza, las necesidades básicas insatisfechas y el área de residencia. c) Es decir existen barreras estructurales en la población que no permiten un mayor acceso. Encontramos el hecho que por ejemplo, si la persona se encuentra en condiciones de extrema pobreza, hay una probabilidad negativa de que acceda a los servicios de salud, ósea cuando la persona es cada vez más pobre va a tener menos probabilidad de acceder a los servicios de salud. d) En términos de equidad y en términos de gasto, elaboramos la curva del gasto del MINSA. Hicimos una curva de Lorenz y observamos el gasto del MINSA del año 1995 y de 1998. El problema era que al año 1995 la asignación de los fondos del MINSA a los distintos Departamentos no era con criterios todavía de focalización,

---

<sup>15</sup> En: “Salud, equidad y desarrollo económico” pp. 182-188.

*ni criterios de línea de pobreza. A partir del año 1996 se empieza la asignación de los recursos del MINSA teniendo en cuenta la línea de pobreza. No obstante vimos que no ha cambiado mucho y el resultado es que sigue habiendo inequidad” (9).*

Según el estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2000) *“Determinantes del acceso a los servicios de salud del Perú”* <sup>16</sup>, dentro de sus principales resultados se mencionan que *“(...) el 53.66% de la población declaró haber tenido algún problema de salud (enfermedad o accidente)”*<sup>17</sup> (...), [y] fue aquella que tuvo menores ingresos, determinándose una relación inversa entre número de personas con problemas de salud e ingresos. En términos educativos, (...) la población con educación primaria es la que más manifestó haber tenido algún problema de salud, participando con un 36,4% del total, seguido por los que tienen educación secundaria con un 26,5% y de los que no tiene nivel de estudio con un 12,4% (...). Del total de la población con algún problema de salud (...) accedió a los servicios de salud <sup>18</sup> un 51,5% y no accedió a los servicios de salud en un 48,5%. La población con menores ingresos (...) es la que registra menor acceso institucional a los servicios de salud (...) [siendo] la población rural con menores ingresos (...) la que en mayor proporción no accede a los servicios de salud<sup>19</sup>. Respecto a las razones por las que no acceden a los servicios de salud, (...) el 22,3% de la población que no accede indica que lo hace porque no

---

<sup>16</sup> ENAHO 1998, II trimestre.

<sup>17</sup> constituyéndose así en una demanda potencial trimestral por los servicios de salud

<sup>18</sup> se considera como acceso a la utilización de los servicios de salud institucional

<sup>19</sup> no accede a servicios de salud: quintiles I (38%), II (29.4%), III (17.6%), IV (9.6%) y V (5.3%)

*tiene dinero, es decir es pobre o pobre extremo, (...) a ello se suman (...) la no existencia de consultas o medicinas, la falta de atención, la no existencia de servicios de salud o no haber personal calificado que arguye el 6,4% de la población que no accedió a los servicios de salud. Hay un alto porcentaje de la población de todas las áreas de residencia, regiones naturales, nivel de urbanización ingresos, sexo y nivel educativo que no acceden por razones culturales, pues indican que no les tratan bien, no confían en la medicina, no fue necesario, prefieren los métodos caseros, prefieren a los curanderos o tienen otra razón, esta población alcanza el 68,8% de la población que no accede a los servicios de salud en el Perú. Si desagregamos y sacamos de este conjunto de personas, puede ser que la población que no considera necesario ir a los establecimientos de salud (22,0% del total de esta población), tengan enfermedades leves o menores. Pero de todas maneras la población restante, es una población que tiene un comportamiento que debe ser inducido y formado para ser una demanda por servicios de salud. El problema (...) se agrava cuando se examinan los datos para el área rural, el 52,3% de la población que manifestó como razón de no acceso a los servicios de salud la ausencia de consulta y medicinas, era del área rural, el 82,9% de los [que] manifestaron que había falta de atención eran del área rural, el 53,7% de la población que manifestó como razón de no acceso la falta de dinero para acceder a los establecimientos de salud pertenecía al área rural, el 91,1% de la población que manifestó como razón de no acceder a los servicios de salud la no*

*existencia de servicios de salud era del área rural; asimismo la población rural es mayor en las razones de la no existencia de personal calificado (86,4%), prefiere los métodos caseros (64,0%) y prefiere los curanderos (95,3); mientras que la población urbana es mayoritaria en las razones esgrimidas: no le tratan bien (57,9%), no fue necesario (73,1%), no confía en la medicina (53,0%)” (22).*

Asimismo, en el estudio publicado por el MINSA: “Análisis de la Situación en el Perú – 2005” hace mención que “Según la Encuesta Nacional de Hogares de 2003, el 49.2% de la población declaró enfermedad, malestar o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta. De este grupo, el 62.3% demandó atención de salud y fue atendido. El 37.7% pensó en atenderse pero no accedió a los servicios de salud por varios motivos: el 22.4% no tuvo dinero, el 5.8% mencionó que no había un establecimiento de salud cerca de su hogar y el 5.7% no tuvo confianza en el personal de salud. [Asimismo, se menciona que] en el 2003, el 40% de la población peruana contaba con algún tipo de seguro. El MINSA fue el principal proveedor de servicios de salud para todos los grupos socio-económicos, especialmente para los más pobres (quintiles I, II y III). En el caso del sector de los más pobres fue el único proveedor sanitario. EsSalud cubrió los quintiles III, IV y V, al igual que los establecimientos privados. Los seguros de las Fuerzas Armadas y Policiales representaron un 1.6% y cubrieron exclusivamente al personal de estas instituciones y a sus familiares directos, pero fue financiado con fondos del tesoro público. Los seguros privados, tanto

*independientes como afiliados a una [entidad prestadora de salud] EPS, se ubicaron en el estrato de los no pobre” (25).*

Según el estudio publicado por el MINSA en el año 2003 “*Análisis y tendencias en la Utilización de los servicios de salud. Perú 1985 – 2002*”, refiere que “*El estudio de la equidad en el acceso a los servicios de salud requiere considerar el nivel de capacidad resolutive al que acceden los grupos poblacionales sometidos a mayor discriminación. De estos se han seleccionado a los pobres, a la población rural y a los grupos cuyo idioma materno no es el español sino una lengua nativa, andina o amazónica. Al respecto, se arriba a los siguientes resultados. a) La población pobre que accede a la consulta del MINSA lo hace mayormente a través de Centros y Puestos de Salud, mientras que la población de mayores ingresos que consulta al MINSA, se distribuye con mayor igualdad entre hospitales y centros de salud* <sup>20</sup>. *b) La población urbana tiene una probabilidad dos veces y media mayor que la rural para acceder a mayores niveles de capacidad resolutive* <sup>21</sup>. *Se sugiere un bajo nivel de funcionamiento del sistema de referencias para la población rural, así como una probable sobre utilización de hospitales en el ámbito urbano. c) Las diferencias de acceso de tipo étnico están fuertemente mediadas por el ámbito de residencia del individuo. La población*

---

<sup>20</sup> De cada 10 personas en condición de pobreza extrema que consultan al MINSA, 9 van a Centros y Puestos de Salud y 1 va al hospital. En cambio, de cada 10 personas del decil más alto de ingreso, 6 van a Centros y Puestos de Salud y 4 van al hospital. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

<sup>21</sup> La población rural que accede a la consulta del MINSA lo hace mayoritariamente (82%) a través de Centros y Puestos de Salud, mientras que la población de Lima Metropolitana y la ubicada en el Resto Urbano consulta por igual a hospitales y establecimientos de primer nivel de atención.

*cuya lengua materna es nativa y reside en el ámbito rural tiene una menor probabilidad de atención en establecimientos de mayor capacidad resolutive, de aquella que, con lengua materna nativa, reside en el área urbana* <sup>22</sup>. [Asimismo], al interior de los ámbitos urbanos, sea en Lima Metropolitana como en el resto urbano, la población con idioma materno español logra un mayor acceso hospitalario” (26).

Asimismo, en el estudio realizado por el MINSA: “Análisis de la Situación en el Perú – 2005” hace mención que “Durante el 2004, el Ministerio de Salud y EsSalud atendieron aproximadamente 10 millones de personas (el 36.6% de toda la población peruana) y realizó casi 31 millones de consultas. Es decir, cada uno de los pacientes recibió alrededor de 3 consultas. El MINSA prestó servicios al 67% de los pacientes atendidos y realizó el 60% del total de consultas. Las regiones de Callao (88.8%), Madre de Dios (66.5%) e Ica (57.2%) atendieron a una mayor proporción de la población de su jurisdicción, mientras que Cajamarca (17%), Huanuco (20.5%) y San Martín (21%) atendieron una menor proporción. Las regiones donde se presentó una mayor intensidad de uso de los servicios de salud fueron Amazonas (3.9 consultas por paciente), Tumbes (3.7) y Moquegua (3.6). El caso contrario sucedió en Huancavelica (2.5), Puno (2.7) y Cuzco (2.7). A nivel nacional, el Ministerio de Salud y

---

<sup>22</sup> Así, la población cuya lengua materna es el quechua, en el ámbito rural consulta al hospital el 23% del total de consulta, mientras que esta misma población cuando reside, sea en Lima Metropolitana, como en el resto urbano, eleva su consulta al hospital al 40 y 42% respectivamente.

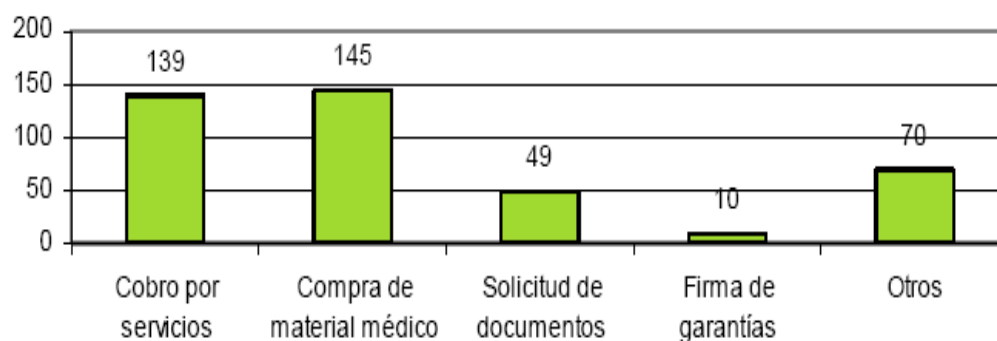


*EsSalud produjeron un millón de egresos hospitalarios durante el año 2004. El 64% de ese total fue realizado por el MINSA” (25).*

Según la Defensoría del Pueblo del Perú en la publicación de su informe defensorial N° 105 *“El derecho a la salud y a la seguridad social: segunda supervisión nacional”* (2006) refiere que *“se supervisaron 86 establecimientos del MINSA: 15 en Lima y Callao y 71 en el resto del país. Se entrevistó a 425 personas en las áreas de emergencia de los establecimientos supervisados. La población entrevistada presenta las siguientes características: 76,47% estaba constituido por familiares y el 23,53% por pacientes; el 60,7% correspondía a mujeres (258) y el 39,3% estaba integrado por hombres (167); aproximadamente el 65% se encontraba entre los 19 y los 40 años, mientras que un 25% agrupaba a los comprendidos entre los 41 y los 60 años, un 6% correspondía a menores de 0 a 18 años y un 4% tenía más de 60 años. Cabe señalar que la afluencia de un mayor número de mujeres obedece a que éstas acuden al establecimiento por situaciones relacionadas a su estado de gestación. (...) De las entrevistas aplicadas se constató que aproximadamente a un 33% de los entrevistados (139 personas) se le condicionó la atención al pago previo por los servicios prestados; al 34% (145 personas) se le exigió la compra de material médico (gasas, guantes quirúrgicos, etc.) como requisito previo para su atención. A un 11,5% (49 personas) se le solicitó documentos y a un 2% (10 personas) la firma de garantías (Ver Fig. 3). Estos resultados evidencian que el derecho a acceder a una atención inmediata y sin*

condicionamientos en caso de emergencia no se encuentra plenamente garantizado. Por otro lado, al comparar los resultados obtenidos entre Lima y Callao y el resto del país, encontramos que en Lima se incumple el mandato legal de atención inmediata sin condicionamientos en casos de emergencia en mayor medida por condicionar la atención al pago del servicio, mientras que en provincias el mayor condicionamiento se refiere a la exigencia de comprar material médico. Cabe agregar que esta situación no presenta mejoras en relación a los resultados obtenidos en la supervisión nacional efectuada en el año 2003 (...), lo que demuestra que las recomendaciones efectuadas en el Informe Defensorial N° 87 no habrían sido implementadas en los establecimientos de salud” (27).

**Fig. 3 Exigencias previas a la atención de los pacientes<sup>1</sup>**



(\*) Esta pregunta permitía más de una respuesta

Fuente: Informe defensorial N° 105, pág. 17.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo del Perú en la publicación de su informe defensorial N° 87 “El derecho a la salud y a la seguridad social: supervisando establecimientos de salud” (2004) refiere que “Se supervisaron 58 establecimientos de salud del MINSA, ubicados

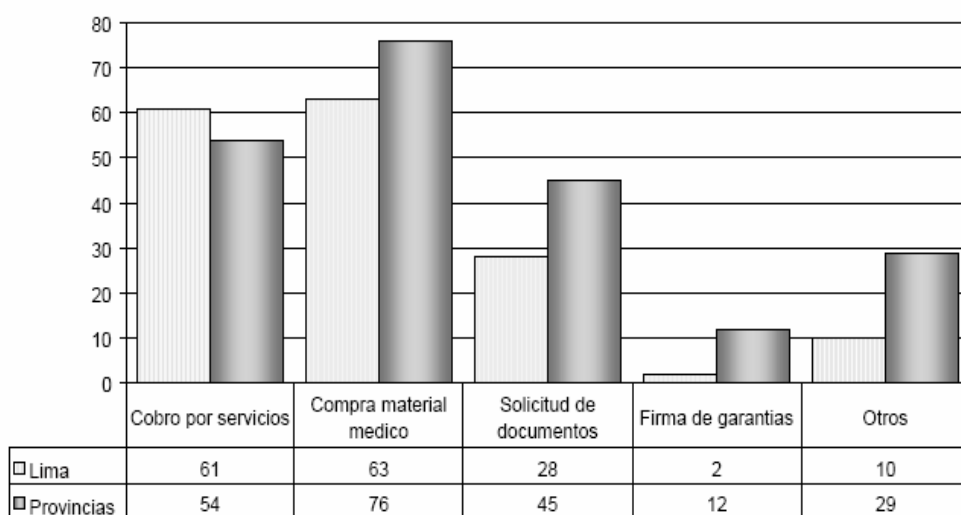
*en los siguientes departamentos donde la Defensoría del Pueblo cuenta con Oficinas Defensoriales: Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali y la Provincia Constitucional del Callao. Cabe indicar que la supervisión no sólo abarcó las capitales de los departamentos sino que en algunos casos se extendió a algunas localidades al interior de aquellos tales como: Tingo María, La Merced, La Oroya, Oxapampa, Sullana, Paita, Juliaca, Yurimaguas, Tarapoto, Rioja, Jaén, entre otras. [Cabe mencionar que] la principal diferencia entre los servicios que brinda el MINSA y ESSALUD, radica en que mientras los servicios del MINSA son prestados indistintamente a cualquier persona sin requerimiento alguno, en el caso de ESSALUD, por tratarse de un régimen contributivo de seguro social, la atención se dirige prioritariamente a aquellas personas que están afiliadas a este seguro. Es decir, estas personas reciben los servicios del seguro social como una contraprestación a las aportaciones que realizan. [Se entrevistaron a] 314 usuarios y usuarias de los servicios de emergencia del Ministerio de Salud [y] del consolidado de las Fichas de Supervisión (...) aplicadas a 314 personas, se verificó que se exigió uno o más requisitos para la atención de los usuarios y las usuarias, según se describe a continuación <sup>23</sup>: a) Aproximadamente al 36,62% de los entrevistados (115 personas) se les exigió el pago por los servicios requeridos; b)*

---

<sup>23</sup> La pregunta permitía más de dos respuestas.

Aproximadamente al 44,26% de los entrevistados (139 personas) se les exigió la compra de material médico, como gasas, guantes quirúrgicos, jeringas, entre otros. c) Aproximadamente al 23,24% de los entrevistados (73 personas) se les exigió algún documento para proceder a su atención médica. d) Aproximadamente al 4,45% de los entrevistados (14 personas) se les exigió la firma de garantías. (Ver Fig. 4).

**Fig. 4 Se ha solicitado algunas de las siguientes exigencias**



**Fuente:** Informe defensorial N° 87, pág. 25

[Asimismo], los resultados obtenidos en la supervisión defensorial (...) evidencian que el derecho a la salud de las personas no se encuentra plenamente atendido. [Recomendando] supervisar y fiscalizar los establecimientos de salud, a efectos de dictar las medidas correctivas que permitan (...) la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos, (...); realizar supervisiones a los establecimientos de salud, especialmente a los del interior del país, para verificar los estándares de los servicios que prestan, y si se

*encuentran o no acreditados para brindar servicios de esa naturaleza, (...); realizar actividades de capacitación del personal médico, técnico, auxiliar y administrativo de los establecimientos de salud, así como campañas de difusión respecto a los derechos y deberes de los usuarios y usuarias de los servicios de salud; ORIENTAR a los ciudadanos y ciudadanas que, en caso consideren vulnerados sus derechos, presenten sus quejas o reclamos ante las respectivas instancias administrativas de cada entidad (...) y ante las Oficinas de la Defensoría del Pueblo (...)" (28).*

También se menciona en el estudio realizado por Lip, C. y Rocabado, F., *"Determinantes sociales de la salud en el Perú"* (2005) que *"(...) existe en Perú un alto porcentaje de personas que reportan estar enfermas y que no consultan a un servicio de salud, esto es, no se convierten en demanda efectiva para las instituciones de salud. En 1985, sólo el 40,3% de los que reportaron estar enfermos efectuó una consulta, habiéndose incrementado a 54,0% en 1997 y a 55,9% en el año 2000. El crecimiento de la utilización es, principalmente, explicado por la expansión del aparato prestador del Ministerio de Salud en el primer nivel de atención que se llevó a cabo entre 1994-2000 mediante el Programa de Salud Básica para Todos, inicialmente, y después con el Programa de Acuerdos de Gestión (OPS/MINSA, 2003: 14). No debe dejarse de notar que el 44,1% de los que se sienten enfermos siguen sin realizar consulta institucional; de quienes se autopercebían enfermos, el 2000, el 42% no consultó a los servicios de salud porque no lo consideraron necesario; y el*

restante 58% porque no pudo. La ausencia o insuficiencia de recursos económicos fue la razón mencionada por la gran mayoría de los entrevistados (74,3% en 1997 y 82,2% en el 2000) que no pudieron consultar a un servicio de salud pese a autoperibirse como enfermos (OPS/MINSA, 2003). Existe, entonces, una clara relación entre el nivel de pobreza y el de utilización de los servicios de salud. Esto se puede observar con claridad meridiana en la Tabla N° [1], que muestra la existencia de una correlación casi lineal y directa entre ingreso y utilización de los servicios de salud. Por un lado, la utilización entre los más pobres (decil 1) ha variado entre 27,8% en 1985 y 40,5% en el año 2000. Por el otro lado, en el decil de mayor ingreso la variación ha sido desde 49,8% hasta 66,7%, en los años mencionados (OPS/MINSA, 2003: 17).

**Tabla N° 01**  
**Perú: Tendencias de utilización de los servicios de salud,**  
**según decil de gasto familiar per capita 1985 – 2000 (en**  
**porcentajes de población)\***

<b>Decil de Gasto Familiar per capita</b>	<b>1985</b>	<b>1994</b>	<b>1997</b>	<b>2000</b>
1	27,8	31,5	35,1	40,5
2	32,4	34,0	41,8	51,9
3	38,4	36,5	41,1	53,0
4	36,2	41,7	47,4	50,6
5	41,6	37,7	50,3	54,8
6	39,0	34,5	52,9	56,7
7	42,6	50,7	54,3	61,6
8	45,4	42,9	59,1	54,8
9	49,0	46,2	56,3	60,1
10	49,8	54,4	59,3	66,7

\*: Respecto al 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría

Elaboración: OPS/MINSA, 2002

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

Tomado de: "Determinantes sociales de la salud en el Perú", pág. 67.

*Si bien ha aumentado la utilización de los servicios en los grupos de todos los deciles, la mayor utilización sigue correspondiendo a los no pobres. [Asimismo], la poca accesibilidad geográfica como explicación de por qué los peruanos no consultan a un servicio de salud a pesar de que se perciben como enfermos en un momento dado, muestra una evolución en sentido contrario a la económica, habiendo disminuido de 7.7 a 3.2%, entre los años 1985 y 2000. Se ha considerado, que las razones más importantes para este cambio han sido dos: a) la rehabilitación de la red vial de carreteras realizada entre 1998 y 2000 por el Proyecto de Caminos Rurales y su mantenimiento por microempresas creadas con tal finalidad, y b) un acortamiento efectivo de las distancias (OPS/MINSA, 2003: 18). Esto último podría ser debido a la instalación de nuevos establecimientos o servicios, como el Programa de Comunidades Dispersas [y respecto a la pertenencia étnica] de las fuentes con información relativamente actualizada sobre la situación de salud no puede estudiarse la relación entre la autopercepción de enfermedad y la utilización de servicios de salud según pertenencia étnica debido a que no incluyen preguntas explícitas sobre la pertenencia étnica de los encuestados. Sin embargo, puede utilizarse la lengua materna como un indicador de aproximación. Un estudio de OPS/MINSA (2003:23) que, por razones de orden estadístico, sólo analizó los datos de las ENNIV (1994, 1997 y 2000) de dos grupos: lengua materna español y lengua materna quechua, mostró que quienes tienen el español como idioma materno utilizan mucho más los*

*servicios de salud que quienes tienen el quechua. Sin embargo, la importante diferencia en el ámbito nacional (60,1% vs. 48,8%) disminuye en forma notable (62,0% vs. 57,2%) al reducirse el campo de observación a las zonas urbanas. Entonces, asumiendo el idioma materno como un indicador aproximado de la pertenencia étnica se puede concluir, dentro de las limitaciones dadas de no contarse con el dato empírico directo, que el peso de lo étnico en términos cuantitativos se modera con la urbanización, que en cierta medida podría estar reflejando el mayor acceso geográfico de los quechuahablantes a los servicios de salud o de algunos tipos de servicios de salud, los de mayor nivel de resolución (21).*

### **1.3 HIPOTESIS**

Con el propósito de dar respuesta al problema y a los objetivos de investigación que plantea el presente estudio, se formula la siguiente hipótesis:

- Existe una marcada inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional cuando los usuarios se percibieron enfermos durante el año 2006.

### **1.4 OBJETIVOS**

Dentro de los objetivos que plantea el estudio tenemos los siguientes:



#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional cuando los usuarios se percibieron enfermos durante el año 2006, según el nivel socioeconómico de la población.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el acceso a los servicios de salud, según el nivel de pobreza de los usuarios.
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según el nivel educativo de los usuarios.
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según el nivel educativo del jefe del hogar.
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según la región natural (costa, sierra y selva).
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según área geográfica (urbana/rural).
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según el idioma materno.
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según la edad del usuario.
- Determinar el acceso a los servicios de salud, según el sexo del usuario.

## **CAPITULO II : METODOLOGÍA**

### **2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

Es una investigación descriptiva y de tipo transversal, basada en información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2006, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y de la cual se extraen los datos primarios necesarios para la presente investigación.

Se ha considerado en el presente estudio los resultados de las preguntas de la encuesta del modulo de salud, a la que se adicionaron otras respuestas de otros módulos ejecutados en la ENAH para responder a los objetivos planteados en el estudio.

Asimismo, se ha tomado como referencia al Coeficiente de Gini a través de la fórmula de Brown y de su representación gráfica a través de la Curva de Lorenz en las variables principales del estudio, y que al incluir el componente social en el análisis, se obtuvo el Índice de Concentración (IC) con el cual se determinó la equidad o inequidad en el acceso a los servicios de salud.

## 2.2 COEFICIENTE DE GINI Y CURVA DE LORENZ

Según Sen, A., en su obra *“La Desigualdad Económica”* (2001) refiere que *“una medida que se ha utilizado mucho para representar la extensión de la desigualdad es el coeficiente de Gini (1912) y una manera de examinarlo es en términos de la curva de Lorenz (1905), en los que los porcentajes de la población ordenados de los más pobres a los más ricos se representan en el eje horizontal y los porcentajes del ingreso disfrutado por el x% inferior de la población se representan en el eje vertical. Obviamente, 0% de la población disfruta 0% del ingreso y 100% de la población disfruta de todo el ingreso. Por lo tanto, una curva de Lorenz va de una esquina del cuadrado unitario a la esquina diametralmente opuesta. Si todos tienen el mismo ingreso, la curva de Lorenz será simplemente la diagonal, pero en ausencia de la igualdad perfecta, los grupos de ingresos más bajos tendrán una porción del ingreso proporcionalmente menor. Es obvio que toda curva de Lorenz debe encontrarse por debajo de la diagonal (excepto la de completa igualdad que sería la diagonal), y su pendiente aumentará sin cesar –por lo menos no disminuirá- a medida que pasemos a segmentos de la población cada vez más ricos. El coeficiente de Gini es la razón de la diferencia entre la línea de igualdad absoluta (la diagonal) y la curva de Lorenz que representa a la región triangular que se encuentra debajo de la diagonal. Hay varios procedimientos para definir el coeficiente de Gini, y un poco de manipulación –tediosa- revela que es exactamente la mitad de la diferencia media relativa, que se define como el promedio aritmético de los valores absolutos de las diferencias entre todos los*

*pares de ingresos. Es indudable que un atractivo del coeficiente de Gini, o de la diferencia media relativa, reside en el hecho de que es una medida muy directa de la diferencia del ingreso, tomando en cuenta las diferencias entre **cada par** de ingresos” (14).*

Asimismo, según Schneider, María C., et al., en su publicación “*Métodos de medición de las desigualdades de salud*” (2002), refiere que “*El coeficiente de Gini se basa en la curva de Lorenz, que es una curva de frecuencia acumulada que compara la distribución empírica de una variable con su distribución uniforme (de igualdad), representada por una línea diagonal. Cuanto mayor es la distancia, o más propiamente, el área comprendida entre la curva de Lorenz y esta diagonal, mayor es la desigualdad (...). La curva puede estar por debajo o por encima de la diagonal, según la variable utilizada. Cuando esta es beneficiosa para la población (por ejemplo, el acceso al agua potable), la curva se sitúa por debajo de la diagonal, mientras que cuando es perjudicial (por ejemplo, las muertes) se sitúa por encima de ella. Una de las formas de medir el grado de desigualdad es el coeficiente de Gini, que es una medida resumen de la desviación de la curva de Lorenz con respecto a la diagonal de igualdad. El coeficiente de de Gini es el doble del área entre la curva de Lorenz y la diagonal y toma valores entre cero (perfecta igualdad) y uno (total desigualdad). Hay diferentes formas de calcular el coeficiente de Gini (G); una de ellas consiste en usar la siguiente fórmula, conocida como fórmula de Brown (2).*

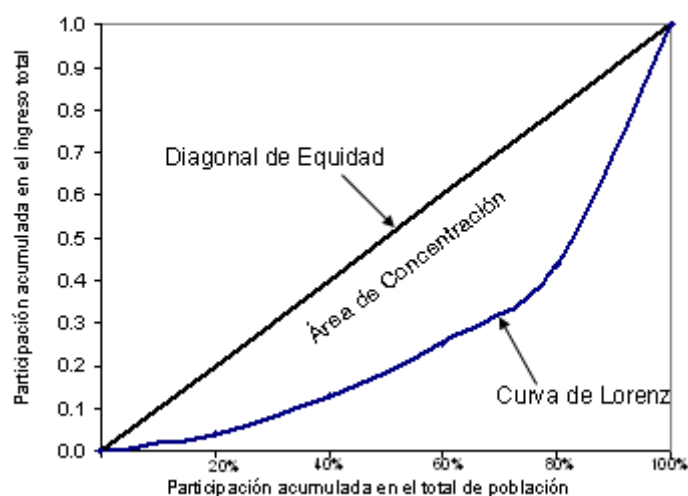
$$G = \left| 1 - \sum_{K=0}^{K=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right|$$

Donde:  $X$ =proporción acumulada de la población  
 $Y$ =proporción acumulada de la variable en salud  
analizada

### 2.3 CURVA E INDICE DE CONCENTRACION

Según Schneider, María C., et al., en su publicación *“Métodos de medición de las desigualdades de salud”* (2002), refiere que *“Si se ordena la población o las unidades geográficas según el estatus socioeconómico, y no según una variable de salud, se consigue incluir la dimensión socioeconómica en el análisis. La curva y el índice de concentración (IC) se calculan así, con el mismo método que la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini, pero incorporando la dimensión social. El IC toma valores entre  $-1$  y  $+1$ . Los valores son negativos cuando la curva se encuentra por encima de la diagonal y positivos cuando se encuentra por debajo. Si el ordenamiento según la variable socioeconómica y según la variable de salud coinciden, las curvas de Lorenz y de concentración también coinciden, y el IC y el coeficiente de Gini adoptan el mismo valor (...). Si el ordenamiento no varía considerablemente, los resultados del coeficiente de Gini y del IC suelen ser similares, particularmente cuando el número de observaciones es grande. En un estudio que analizó un mayor número de datos subnacionales de varios indicadores de salud se demostró que, para variables de salud relacionadas con factores socioeconómicos, el cambio entre el coeficiente de Gini y el índice de concentración es pequeño”* (2). Ver Fig. 5.

**Fig. 5 Distribución del Ingreso / Curva de Lorenz**



## **2.4 LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES – ENAHO 2006**

La ENAHO del 2006 tiene una cobertura geográfica a nivel nacional, que incluye el área urbana y rural, en los 24 Departamentos y en la Provincia Constitucional del Callao. La Cobertura Temática de la ENAHO comprende: Características de la vivienda y del hogar, características de los miembros del hogar, educación, salud, empleo, ingreso por trabajo, otros ingresos, gastos, programas sociales, participación ciudadana, módulo comunal para informantes calificados, módulo de opinión.

Se excluyó del estudio a los miembros de las fuerzas armadas que viven en cuarteles, campamentos, barcos, etc. Además se excluyen del estudio a la población residente en viviendas tipo colectivas como hospitales, cuarteles, comisarías, hoteles, asilos, claustros religiosos, centro de reclusión, etc.

## **2.5 DISEÑO DE LA MUESTRA**

Referente al diseño de la muestra, se hace mención a lo recogido de la ficha técnica de la Encuesta de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza – ENAHO 2006, ya que de los resultados de esta encuesta publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), se han extraído los datos primarios necesarios para la presente investigación (Modulo 400 de Salud).

### **2.5.1 TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestra fue probabilística, estratificada, multietápica y de áreas. A fin de medir los cambios en el comportamiento de algunas características de la población, se ha implementado una muestra de viviendas tipo panel, en la cual viviendas encuestadas son nuevamente investigadas cada año. El nivel de confianza de los resultados muestrales fue del 95%.

### **2.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño anual de la muestra de viviendas en el ámbito nacional fue de 21,917 correspondiendo 12,461 viviendas al área urbana y 9,456 viviendas al área rural. Así mismo, el tamaño de la muestra panel fue de 6391 viviendas mientras que la muestra no-panel fue de 15526 viviendas. El tamaño total de la muestra de conglomerados en el ámbito nacional fue de 3042, correspondiendo 2106 conglomerados al área urbana y 936 conglomerados al área rural. Asimismo, el tamaño de la muestra panel fue de 938 conglomerados mientras que el tamaño de la muestra no panel fue de 2104 conglomerados. En el área urbana, el

número de viviendas seleccionadas por conglomerado fue igual a seis y, en el área rural fue igual ocho. La ENAHO del 2006 considero válidas 96,234 encuestas y dio como inválidas 7,430 encuestas.

### **2.5.3 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA**

La muestra total se subdividió aleatoriamente en 12 submuestras, cada una asignada al azar a cada mes de encuesta, de esta manera se asegura que la recolección de la información esté distribuida en el tiempo y en el espacio.

### **2.5.4 CARACTERISTICA DE LA MUESTRA**

#### **Periodo de Ejecución**

En forma continua desde el mes de mayo del 2003 a la fecha.

#### **Características de la Encuesta**

Método de la Entrevista	:	Directa.
Tipo de Encuesta	:	Encuestas de Derecho <sup>24</sup> (29).
Personal de campo	:	Coordinadores departamentales. Supervisores y encuestadores.
Carga de Trabajo por día:		1.5 viviendas.

#### **Peso Muestral**

Todos los resultados que se presentan fueron ponderados por los pesos muestrales resultante de la ENAHO y tienen representación anual, es decir validos para el año 2006. La variable que contiene los pesos muestrales fue considerado como FACTOR.

---

<sup>24</sup> La encuesta de derecho define a la población en estudio como aquella constituida por los residentes habituales de la vivienda, aun cuando no estuvieran al momento de la entrevista.



Así mismo, el diseño de la muestra permite obtener resultados válidos a nivel de departamento, región, macro-región y tipo de área (urbano-rural).

#### **2.5.5 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO**

Para la presente investigación y de acuerdo a los objetivos del estudio, se tomó como población objetivo a toda la población a nivel nacional según la ENAHO 2006 y que se atendió en los establecimientos de salud ofertados por el MINSA. En este sentido, el supuesto que delimitó la población objetivo del estudio, fue considerar a todas las personas que se percibieron enfermas y que no tuvieron acceso a los sistemas de seguros de salud en nuestro país llámese EsSalud, EPS, Privados u otros, como población objetivo de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

A esta población objetivo se les consideró potencial usuario del MINSA, es decir, a aquella población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) y a aquella población que no tuvo acceso a ningún otro tipo de seguro de salud en el país.

### **2.6 RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

#### **2.6.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La información necesaria para la investigación se obtuvo de las bases de datos de la ENAHO 2006 que realiza el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la cual se encuentra disponible en la

Internet en el portal del INEI. Para la elaboración del marco teórico del estudio se recurrirá a las fuentes bibliográficas disponibles en bibliotecas nacionales o extranjeras, haciendo uso de la Técnica del análisis documental, cuyo instrumento son las fichas de investigación, y, también del Internet.

### **2.6.2 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

Una vez obtenida las bases de datos de los diferentes módulos de la Encuesta Nacional de Hogares 2006 del INEI, se consolidó en una sola base de datos tomando al módulo de Salud como el principal y al cual se complementó con información de las otras bases de datos (módulos) de la ENAHO que contenían los factores a estudiar según los objetivos descritos.

Para el análisis descriptivo se calcularon estimadores de tendencia central según el tipo de variable analizada: promedios y porcentajes. En todas las estimaciones se consideró el diseño muestral, es decir, la formación de grupos y estratos y el factor de expansión de la muestra.

Los principales indicadores de inequidad presentados son los ratios según niveles de pobreza, así como el índice de concentración. Asimismo, se utilizó los programas estadísticos SPSS y EPI DATA, así como las hojas de cálculo de Microsoft EXCEL, para la presentación de las tablas y gráficos del estudio.

### CAPITULO III : RESULTADOS

De la nueva base de datos, en la cual se han compilando los factores a estudiar, se obtuvieron los siguientes resultados:

La **Tabla 1** nos muestra las características de la población encuestada, donde el 49.6% correspondió a la masculina y el 50.4% a la femenina; por edades agrupadas, los mayores porcentajes correspondieron a la población que tiene entre 06 a 40 años de edad con el 60.7%; por estado civil, los mayores porcentajes fueron para la condición de conviviente y casado con el 48.4%, mientras que la condición de soltero fue de 41.0%; por nivel educativo de los encuestados, los mayores porcentajes correspondieron a las condiciones de educación primaria y secundaria con el 70.9%, al igual que para el jefe del hogar que correspondió al 74.9%; respecto al idioma o lengua materna que aprendió en su niñez, el mayor porcentaje correspondió al idioma castellano con el 80.5%, seguido del idioma quechua con el 16.6%; referente a la afiliación a algún tipo de seguro de salud, el 37.9% de la población estaba afiliado a algún tipo de seguro de salud, mientras que el 62.1% no estaba afiliado; asimismo, el 51.9% de la población declaró haber estado enfermo en el transcurso de las 4 semanas últimas, previas a la encuesta, mientras que el

48.1% declaró no haber estado enfermo y de los que se declararon enfermos el 40.6% buscaron atención de salud mientras que el 59.4% no lo hizo.

**Tabla 1.** Características de la población encuestada  
Perú - 2006

Variable	Nivel	Porcentaje
Sexo	Hombre	49.6
	Mujer	50.4
Edad Agrupada	0-5	10.6
	6-20	32.6
	21-40	28.1
	41-60	18.7
	60 a más	9.9
Estado Civil	Conviviente	18.8
	Casado (a)	29.6
	Viudo (a)	4.9
	Divorciado (a)	0.3
	Separado (a)	5.5
	Soltero (a)	41.0
Nivel educativo que aprobó	Sin Nivel- Inicial	12.8
	Primaria	36.4
	Secundaria	34.5
	Sup. No universitaria	8.1
	Sup. Universitaria	8.2
Nivel educativo que aprobó el Jefe de Hogar	Sin Nivel - Inicial	6.2
	Primaria	40.1
	Secundaria	34.8
	Sup. No universitaria	8.7
	Sup. Universitaria	10.2
Idioma o lengua materna que aprendió en su niñez	Quechua	16.6
	Aymara	1.9
	Castellano	80.5
	Otros	1.0
Está afiliado a algún tipo de seguro de salud (*)	Si	37.9
	No	62.1
Estuvo enfermo en las últimas semanas	Si	51.9
	No	48.1
Tuvo acceso a los servicios de salud	Si	40.6
	No	59.4

(\*) Considera a personas que pueden tener más de dos seguro de salud  
Fuente: Elaboración propia

La **Tabla 2** muestra la distribución porcentual de la población del Perú según ubicación geográfica. Según el tipo de área, el mayor porcentaje correspondió a la población urbana con el 65.0 %, mientras que el 35.0 % correspondió a la población rural. Por región natural el mayor porcentaje de población

correspondió a la región de la costa con el 51.7% (costa más lima metropolitana), seguido de la región de la sierra con el 35.1% y de la región de la selva con el 13.2%.

**Tabla 2.** Distribución porcentual de la población del Perú según ubicación Geográfica. ENAHO 2006

<b>Variable</b>	<b>Nivel</b>	<b>Porcentaje</b>
Tipo de Area	Rural	35.0
	Urbano	65.0
Región Natural	Costa	22.8
	Sierra	35.1
	Selva	13.2
	Lima Metropolitana	28.9
Departamento	Amazonas	1.7
	Ancash	4.1
	Apurimac	1.8
	Arequipa	4.1
	Ayacucho	2.1
	Cajamarca	5.6
	Callao	2.7
	Cusco	4.4
	Huancavelica	1.7
	Huanuco	3.1
	Ica	2.6
	Junín	4.7
	La Libertad	5.6
	Lambayeque	4.1
	Lima Metropolitana	29.0
	Loreto	3.4
	Madre de dios	0.4
	Moquegua	0.6
	Pasco	1.0
	Piura	6.1
	Puno	4.7
	San Martín	2.8
	Tacna	1.1
	Tumbes	0.8
	Ucayali	1.7

Fuente:Elaboración Propia

Por Departamentos, se observa que los mayores porcentajes poblacionales correspondieron a Lima metropolitana con el 29.0%, Piura con el 6.1%, Cajamarca y la Libertad con el 5.6% mientras que Junín y Puno con el 4.7% respectivamente, Cuzco con el 4.4% y los departamentos con menores

porcentajes poblacionales correspondieron a Madre de Dios con el 0.4%, Moquegua con el 0.6%, Tumbes con el 0.8% y Cerro de Pasco con el 1.0%.

La **Tabla 3** muestra la Distribución de la población según tipo de seguro de salud, donde se observa que el mayor porcentaje de la población No esta afiliado a ningún tipo de seguro de salud con el 62.1%, seguido de la población que estuvo asegurada a EsSalud con el 18.4% y de la población asegurada al Seguro Integral de Salud (SIS) con el 16.4%.

**Tabla 3.** Distribución de la población según tipo de seguro de salud (\*) en el Perú - 2006

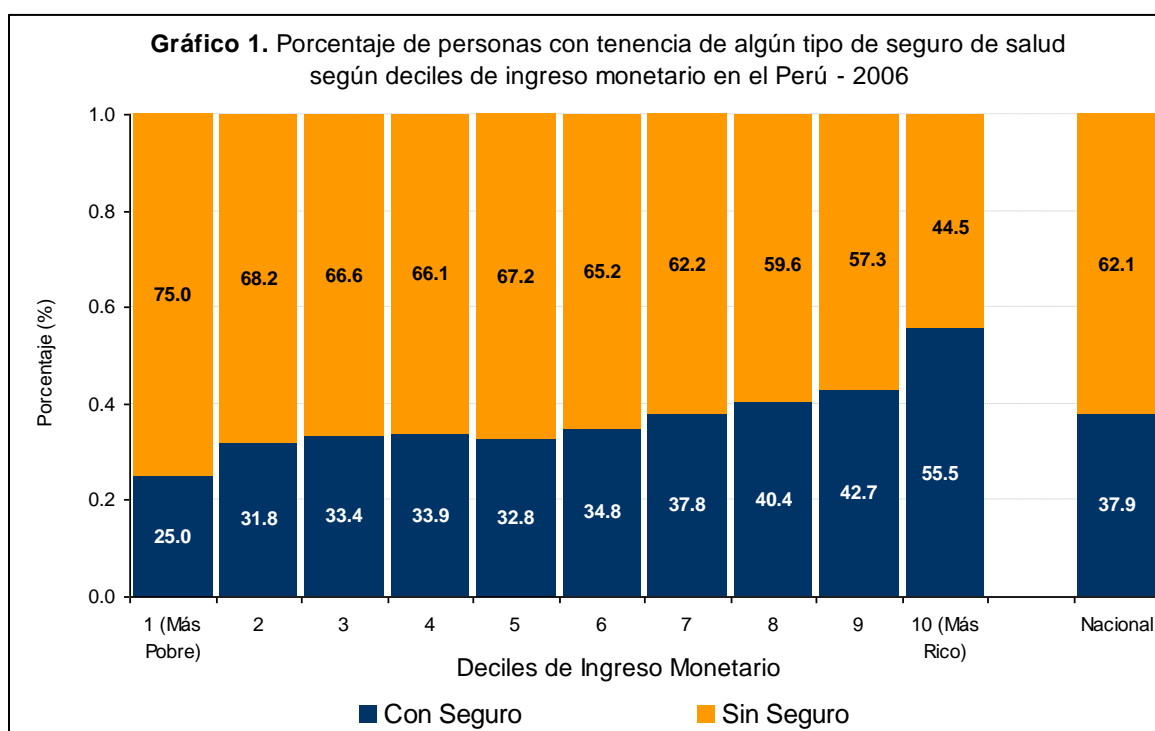
Tipo de Seguro de Salud	Porcentaje
EsSalud	18.4
Seguro privado de Salud	1.7
Entidad Prestadora de Salud	0.2
Seguro de las FF.AA, PN (**)	1.7
Seguro Universitario	0.2
Seguro Integral de Salud (SIS)	16.4
Seguro Escolar Privado	0.1
Otro Sistema de prestaciones de Salud	0.2
No esta afiliado a ningún tipo de seguro	62.1

(\*) Una persona puede tener más de dos tipos de seguro de salud

(\*\*) FF.AA: Fuerzas Armadas, PN: Policía Nacional

Elaboración propia

En el **Gráfico 1** muestra los porcentajes de personas con tenencia de algún tipo de seguros de salud según deciles de ingreso monetario, así tenemos que en la población del decil 1 (más pobre) la tenencia de seguro de salud correspondió al 25% y el 75% lo carecía, mientras que en el decil 10 (más rico) la tenencia de seguro de salud correspondió al 55.5% y el 44.5% lo carecía; Para la población en general la tenencia de seguro de salud le correspondió al 37.9%, mientras el 62.1% lo carecía.



Fuente: Elaboración propia

La **tabla 4** muestra la Distribución de la población según variables socio-demográficas y condición de ser potencial usuario del MINSA<sup>25</sup>, correspondiéndole para el sexo masculino el 78.2%, mientras que para el sexo femenino el 78.5%; por edades agrupadas se muestra que de 0 a 5 años y de 6 a 20 años le correspondió el 84.5% respectivamente; por estado civil se observa que para la condición de conviviente le correspondió el 85.7%, seguida de la condición de ser soltero con el 82.3% de la población.

<sup>25</sup> Se considera potencial usuario del MINSA a aquellas personas que no tienen acceso a ningún tipo de seguro de salud

**Tabla 4.** Distribución de la población según variables Socio-Demográficas y condición de ser potencial usuario<sup>1</sup> del MINSA en el Perú - 2006

Variable	Nivel	Potencial usuario del MINSA	
		Si	No
Sexo	Hombre	78.2	21.8
	Mujer	78.5	21.5
Edad Agrupada	0-5	84.5	15.5
	6-20	84.5	15.5
	21-40	79.6	20.4
	41-60	71.1	28.9
	60 a más	61.5	38.5
Estado Civil	Conviviente	85.7	14.3
	Casado (a)	64.1	35.9
	Viudo (a)	71.0	29.0
	Divorciado (a)	46.9	53.1
	Separado (a)	79.8	20.2
	Soltero (a)	82.3	17.7
Nivel educativo que aprobó	Sin Nivel- Inicial	87.0	13.0
	Primaria	85.5	14.5
	Secundaria	78.6	21.4
	Sup. No universitaria	59.4	40.6
	Sup. Universitaria	45.5	54.5
Nivel educativo que aprobó el Jefe de Hogar	Sin Nivel - Inicial	94.0	6.0
	Primaria	89.9	10.1
	Secundaria	78.5	21.5
	Sup. No universitaria	54.1	45.9
	Sup. Universitaria	43.3	56.7
Idioma o lengua materna que aprendió en su niñez	Quechua	89.5	10.5
	Aymara	89.0	11.0
	Castellano	75.1	24.9
Decil de Riqueza	Más Pobre	99.0	1.0
	2	97.5	2.5
	3	95.0	5.0
	4	90.7	9.3
	5	86.9	13.1
	6	81.4	18.6
	7	75.9	24.1
	8	69.8	30.2
	9	63.5	36.5
	Más Rico	47.9	52.1
Estuvo enfermo en las últimas semanas	Si	78.8	21.2
	No	78.2	21.8
Tuvo acceso a los servicios de salud	Si	70.6	29.5
	No	84.3	15.7

<sup>1</sup> El potencial usuario del MINSA es aquel que no tiene acceso a ningún Tipo de seguro de salud  
Fuente: Elaboración propia

Por nivel educativo que aprobó el encuestado fueron para sin nivel o nivel inicial, nivel primario y el nivel secundario el 87.0%, 85.5% y el 78.6%



respectivamente como mayores porcentajes, mientras que para la condición de nivel superior universitaria le correspondió el 45.5%. Por nivel educativo que aprobó el jefe del hogar se observa que para la condición sin nivel o nivel inicial fue el 94% de la población mientras que para el nivel superior universitario fue el 43.3%. Con respecto al idioma se muestra que la población con idioma quechua, aymara y castellano fueron el 89.5%, 89.0% y el 75.1% respectivamente. Por deciles de riqueza se observa que para la población que se encontraba en el primer y segundo decil fueron el 99% y el 97.5% como los mayores, mientras que para el decimo decil le correspondió el 47.9%. Para la población que se reportó enferma fue el 78.8%, mientras que para la población que buscó atención fue solo el 70.6%.

La **tabla 5** muestra la distribución porcentual de la población con declaración de enfermedad y con acceso a los servicios de salud según variables socio-demográficas donde la declaración de enfermedad fue mayor para la población Femenina con el 56.1%, mientras que para la masculina fue el 47.6%; por edad agrupada los mayores porcentajes correspondieron a los extremos de la vida, así tenemos, que para el grupo de 0 a 5 fue el 56.3% y para los de 41 a 60 años y mayores de 60 a más años el 58.5% y 69.2% respectivamente; por nivel educativo, tanto para el declarante como para el jefe del hogar, los mayores porcentajes correspondieron a los niveles educativos de sin nivel o inicial y primaria, es así que para el declarante correspondió el 60.5% y el 53.5%, mientras que para el jefe del hogar el 56.0% y el 53.0% respectivamente; respecto a la población que estuvo afiliado a algún tipo de seguro y se reportó enferma fue el 51.2%, mientras que para la que no estuvo afiliada el 52.3%;

**Tabla 5.** Distribución porcentual de la población con declaración de enfermedad y con acceso a los servicios de salud según variables socio-demográficas en el Perú - 2006

Variable	Nivel	Estuvo Enfermo en las últimas cuatro semanas		Tuvo Acceso a los Servicios de Salud	
		Si	No	Si	No
Sexo	Hombre	47.6	52.4	41.1	58.9
	Mujer	56.1	43.9	40.1	59.9
Edad Agrupada	0-5	56.3	43.7	59.6	40.4
	6-20	44.4	55.6	36.8	63.2
	21-40	48.5	51.5	37.7	62.3
	41-60	58.5	41.5	37.2	62.8
	60 a más	69.2	30.8	43.0	57.0
Estado Civil	Conviviente	53.4	46.6	36.9	63.1
	Casado (a)	59.4	40.6	40.0	60.0
	Viudo (a)	72.5	27.5	39.0	61.0
	Divorciado (a)	56.0	44.0	52.8	47.2
	Separado (a)	58.6	41.4	39.8	60.2
	Soltero (a)	43.5	56.5	34.7	65.3
Nivel educativo que aprobó	Sin Nivel- Inicial	60.5	39.5	38.6	61.4
	Primaria	53.5	46.5	35.9	64.1
	Secundaria	48.2	51.8	39.1	60.9
	Sup. No universitaria	19.3	80.7	46.0	54.0
	Sup. Universitaria	44.6	55.4	47.3	52.7
Nivel educativo que aprobó el Jefe de Hogar	Sin Nivel - Inicial	56.0	44.0	28.5	71.5
	Primaria	53.0	47.0	35.7	64.3
	Secundaria	51.7	48.3	43.9	56.1
	Sup. No universitaria	50.9	49.1	49.1	50.9
	Sup. Universitaria	46.7	53.3	50.6	49.4
Está afiliado a algún tipo de seguro de salud	Si	51.2	48.8	54.2	45.8
	No	52.3	47.7	32.4	67.6
Idioma o lengua materna que aprendió en su niñez	Quechua	61.0	39.0	31.0	69.0
	Aymara	70.1	29.9	22.5	77.5
	Castellano	49.2	50.8	41.5	58.5
Área de Residencia	Rural	53.2	46.8	31.7	68.3
	Urbano	51.2	48.8	45.5	54.5
Región Natural	Costa	54.1	45.9	41.3	58.8
	Sierra	57.3	42.7	34.6	65.4
	Selva	49.2	50.8	37.7	62.3
Dominio Geográfico	Costa norte	55.9	44.1	40.9	59.1
	Costa centro	49.1	50.9	43.2	56.8
	Costa sur	57.8	42.2	38.0	62.0
	Sierra norte	48.5	51.6	37.0	63.1
	Sierra centro	54.7	45.3	35.7	64.3
	Sierra sur	64.4	35.7	32.83	67.2
	Selva	49.2	50.8	37.73	62.3
	Lima Metropolitana	45.0	55.0	50.46	49.5

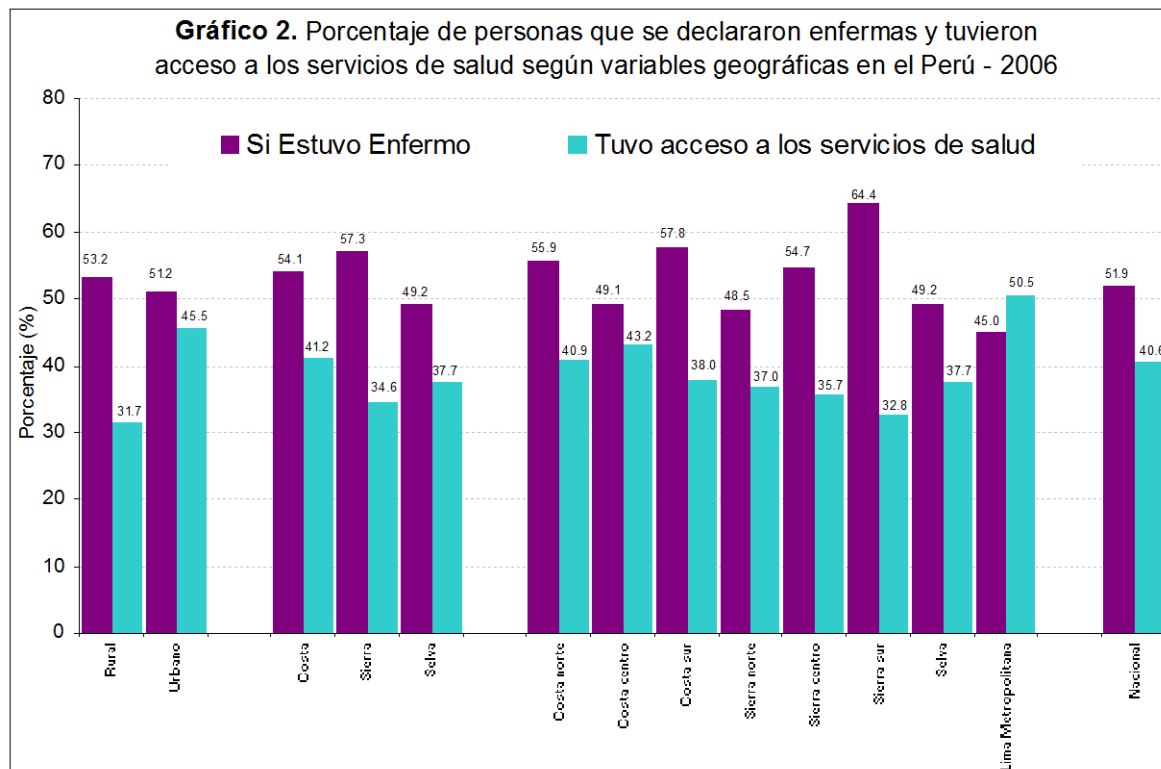
Fuente: Elaboración propia

Para la población con idioma quechua, aymara y castellano fueron el 61.0%, 70.1% y 49.2% respectivamente; según área de residencia para la población rural fue el 53.2%, mientras que para la urbana el 51.2%; por región natural se observa que para la costa, sierra y selva fueron el 54.1%, 57.3% y 49.2%

respectivamente. Respecto al acceso a los servicios de salud se observa que para la población que se declaró enferma y tuvo acceso el 41.1% fue para la masculina, mientras que para la femenina le correspondió el 40.1%; por edad agrupada los mayores porcentajes correspondieron a los extremos de la vida, así tenemos, que para el grupo de 0 a 5 fue el 59.6% y para los mayores de 60 a más años fue el 43.0%; por nivel educativo, tanto para el declarante como para el jefe del hogar, los mayores porcentajes correspondieron a los niveles educativos de superior no universitaria y superior universitaria, es así que para el declarante correspondió el 46.0% y el 47.3%, mientras que para el jefe del hogar el 49.1% y el 50.6% respectivamente; respecto a la población que estuvo afiliado a algún tipo de seguro y tuvo acceso a los servicios de salud fue el 54.2%, mientras que para la que no estuvo afiliada el 32.4%; para la población con idioma quechua, aymara y castellano fueron el 31.0%, 22.5% y 41.5% respectivamente; según área de residencia para la población rural fue el 31.72%, mientras que para la urbana el 45.5%; por región natural se observa que para la costa, sierra y selva fueron el 41.3%, 34.6% y 37.7% respectivamente.

El **Gráfico 2** muestra el porcentaje de personas que se declararon enfermas y tuvieron acceso a los servicios salud según variables socio-demográficas. Respecto a la declaración de enfermedad se observa que según área de residencia para la población rural fue el 53.2%, mientras que para la urbana el 51.2%; por región natural se observa que para la costa, sierra y selva fueron el 54.1%, 57.3% y 49.2% respectivamente. Mientras para el nivel nacional correspondió el 51.9%. Respecto al acceso a los servicios de salud se observa

que según área de residencia para la población rural fue el 31.7%, mientras que para la urbana fue el 45.5%; por región natural se observa que para la costa, sierra y selva fueron el 41.2%, 34.6% y 37.7% respectivamente, mientras que para el nivel nacional le correspondió el 40.6%.



Fuente: Elaboración propia

La **Tabla 6** muestra la distribución porcentual de la población con tenencia de algún tipo de seguro de salud, declaración de enfermedad y acceso a los servicios de salud según deciles de ingreso monetario. Según la tenencia de algún tipo de seguro se observa que para el decil 1 el 25% de la población fue la que tenía algún seguro de salud y el 75% lo carecía, mientras que para el decil 10 el 55% de la población fue la que tenía algún tipo de seguro y el 44.5% lo carecía, representando para el nivel nacional que el 37.9% de la población

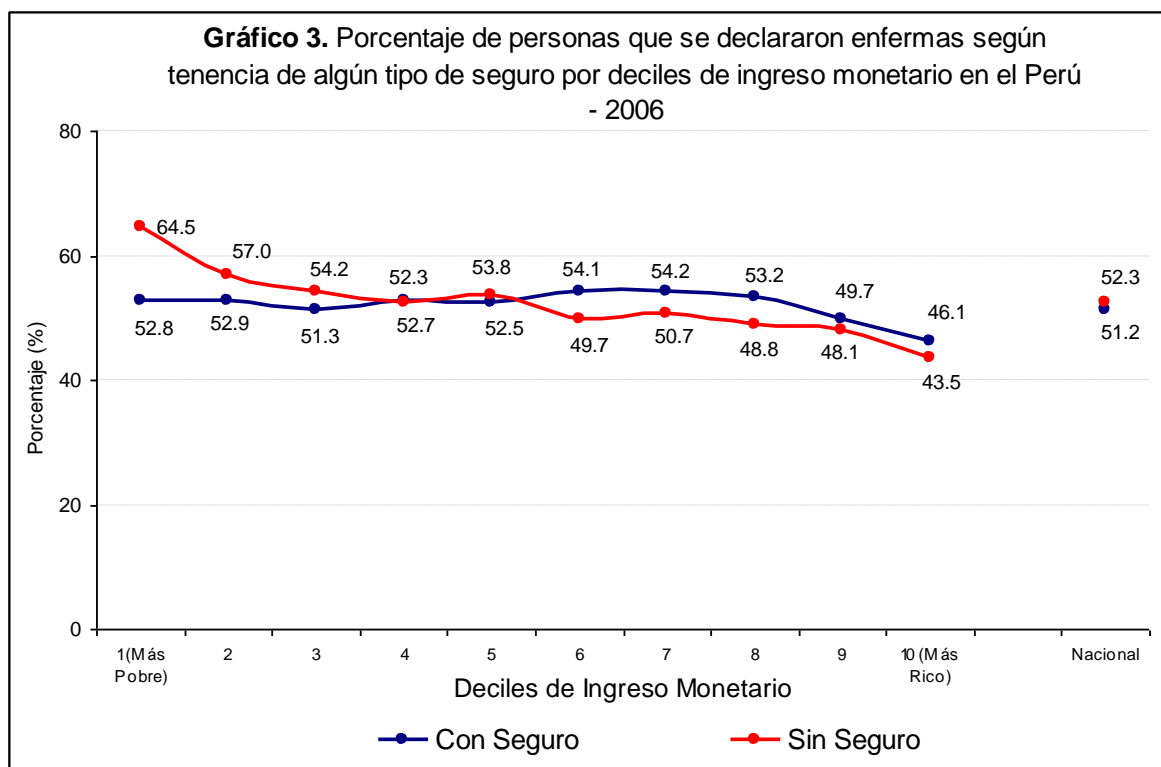
contaba con tenencia de algún tipo de seguro de salud y el 62.1% que lo carecía. Para la población que estuvo enferma en las últimas cuatro semanas se observa que para el decil 1 el 52.8% de la población contaba con algún seguro de salud y el 64.5% lo carecía, mientras para el decil 10 el 46.1% de la población contaba con algún seguro de salud y el 43.5% lo carecía, representando para el nivel nacional que el 51.2% de la población contaba con algún tipo de seguro de salud y el 52.3% que lo carecía. Respecto de estos últimos porcentajes se observa que la población con acceso a los servicios de salud fue la siguiente: para el decil 1 el 43.2% contaba con algún seguro de salud y el 18.0% lo carecía, mientras que para el decil 10 el 59.0% contaba con algún seguro de salud y el 43.9% lo carecía, representando para el nivel nacional que el 54.2% de la población contaba con algún seguro de salud y el 32.4% que lo carecía.

**Tabla 6.** Distribución porcentual de la población con tenencia de algún tipo de seguro de salud, declaración de enfermedad y acceso a los servicios de salud según deciles de ingreso monetario en el Perú - 2006

Decil de Ingreso monetario	Tenencia de algún tipo de Seguro		Estuvo Enfermo en las últimas cuatro semanas		Acceso a los Servicios de Salud	
	Si	No	Con Seguro	Sin Seguro	Con Seguro	Sin Seguro
1 (Más Pobre)	25.0	75.0	52.8	64.5	43.2	18.0
2	31.8	68.2	52.9	57.0	46.2	24.8
3	33.4	66.6	51.3	54.2	49.8	28.3
4	33.9	66.1	52.7	52.3	52.0	33.6
5	32.8	67.2	52.5	53.8	53.6	34.1
6	34.8	65.2	54.1	49.7	52.8	37.0
7	37.8	62.2	54.2	50.7	53.8	36.0
8	40.4	59.6	53.2	48.8	59.7	38.7
9	42.7	57.3	49.7	48.1	58.3	38.0
10 (Más Rico)	55.5	44.5	46.1	43.5	59.0	43.9
Nacional	37.9	62.1	51.2	52.3	54.2	32.4

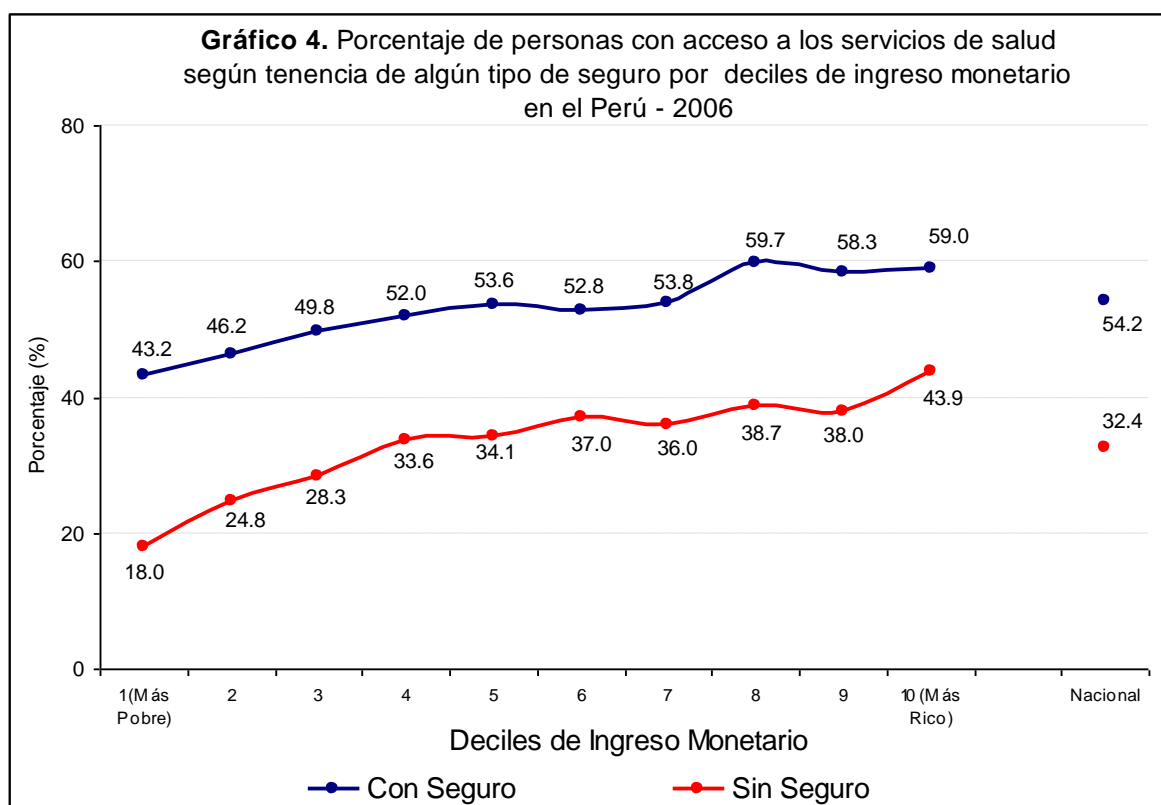
Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 3** muestra el porcentaje de personas que se declararon enfermas según tenencia de algún tipo de seguro de salud por deciles de ingreso monetario. Para la población comprendida en el decil 1 que contaba con algún tipo de seguro de salud el 52.8% declaró estar enferma, mientras que de la población que no contaba con algún tipo de seguro de salud el 64.5% declaró estar enferma; para la población comprendida en el decil 10 que contaba con algún tipo de seguro de salud el 46.1% declaró estar enferma, mientras que la población que no contaba con algún tipo de seguro de salud el 43.5% declaró estar enferma; representando a su vez, para la población a nivel nacional que el 51.2% de la población que tenía algún tipo de seguro de salud se reportó enferma, mientras que el 52.3% de la población que carecía de algún tipo de seguro de salud se reportó enferma.



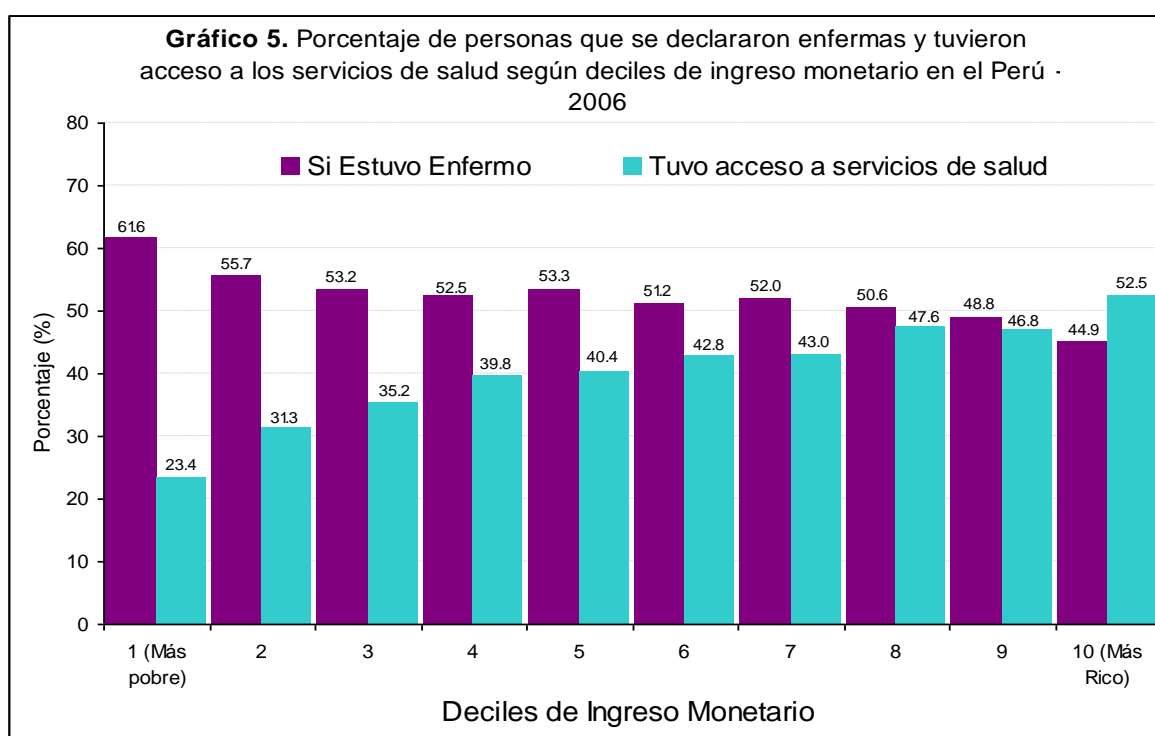
Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 4** muestra el porcentaje de personas con acceso a los servicios de salud según tenencia de algún tipo de seguro por deciles de ingreso monetario. Para la población comprendida en el decil 1 que contaba con algún tipo de seguro de salud el 43.2% tuvo acceso a los servicios de salud solicitados, mientras que la población que no contaba con seguro de salud solo el 18.0% tuvo acceso a los servicios de salud solicitados; para la población del decil 10 que contaba con algún tipo de seguro de salud el 59.0% tuvo acceso a los servicios de salud solicitados, mientras que la población que no contaba con seguro de salud solo el 43.9% tuvo acceso a los servicios de salud solicitados; representando a su vez, a nivel nacional, que de la población que contaba con algún tipo de seguro de salud solo el 54.2% tuvieron acceso a los servicios de salud solicitados, mientras que de la población que carecía de seguro de salud solo el 32.4% tuvieron acceso a los servicios de salud solicitados.



Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 5** muestra el porcentaje de personas que se declararon enfermas y tuvieron acceso a los servicios de salud según deciles de ingreso monetario. Se Observa que las personas comprendidas en el decil 1 el 61.6% declaró estar enferma y solo el 23.4% tuvo acceso a los servicios de salud, mientras que las personas comprendidas en el decil 10 el 44.9% declaró estar enferma y que el 52.5% tuvo acceso a los servicios de salud.



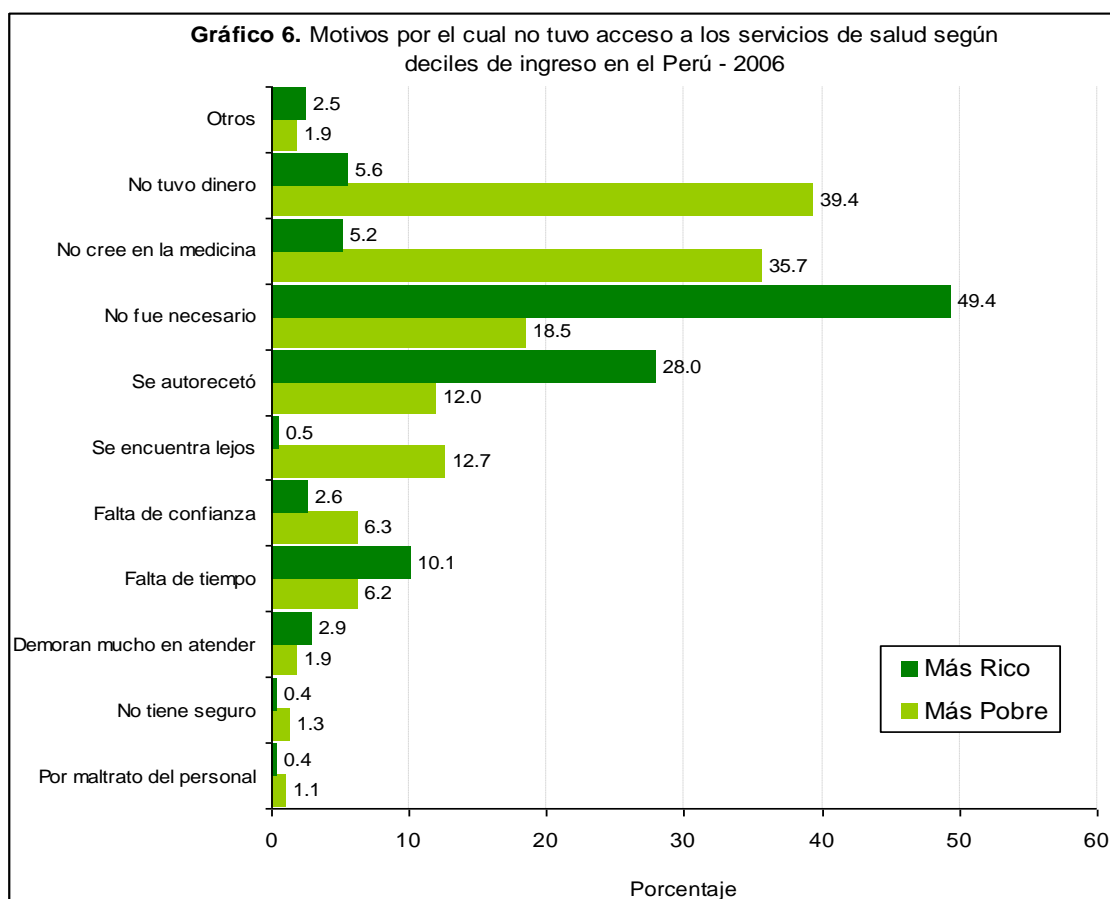
Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 6** muestra el porcentaje de los motivos por el cual no tuvo acceso a los servicios de salud<sup>26</sup> según deciles de ingreso monetario. Se Observa que

<sup>26</sup> El Objetivo de esta pregunta ha sido el permitir evaluar las dificultades de acceder a los servicios de salud del Minsa y determinar si esto ocurre por razones de los servicios, accesibilidad geográfica, o razones propias de la persona, es así que: *no tuvo dinero* se refiere al pago para poder ser atendido en el establecimiento de salud; *se encuentra lejos o la cercanía del servicio* se refiere a la distancia que existe del domicilio del informante al establecimiento de salud; *demoran mucho en atender o el tiempo de espera* esta referido al espacio de tiempo que tuvo que esperar para poder ser atendido en el establecimiento de salud; *el trato del profesional de salud* se refiere a la atención (cortesía, amabilidad) que recibe



para el decil 1 (población más pobre) los mayores motivos fueron: no tuvo dinero (39.4%), no cree en la medicina (35.7%) y no fue necesario (18.5%), mientras que para el decil 10 (población más rica) los mayores motivos fueron: no fue necesario (49.4%), se autorecetó (28.0%) y falta de tiempo (10.1%).



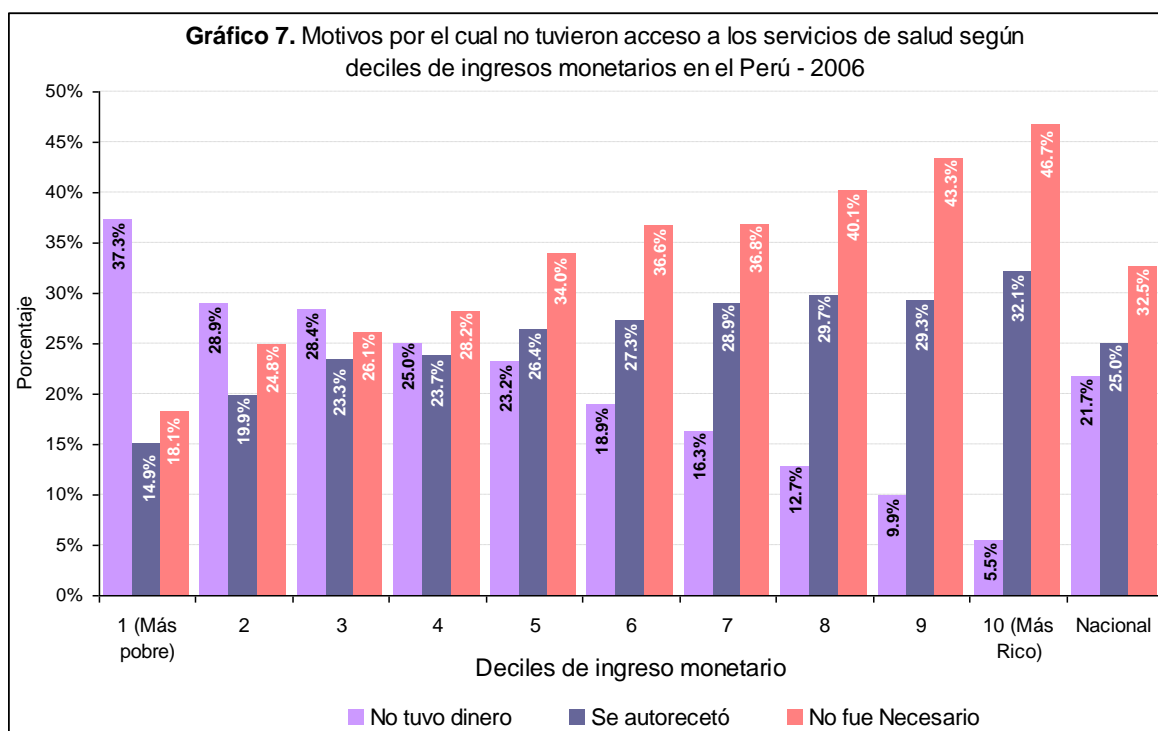
Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 7** muestra el porcentaje de los motivos (no tuvo dinero, se autorecetó y no fue necesario) por el cual la población no tuvo acceso a los

---

el entrevistado, por parte del personal de salud al momento de la consulta; *la falta de confianza* se refiere a la no confianza en los médicos; *no cree en la medicina* se refiere a que no confía en la medicina occidental y que confía más en la medicina natural o curarse con remedios caseros; *la falta de tiempo* se refiere al tiempo que dispone el informante para acudir al establecimiento de salud (Fuentes: INEI: Manual del encuestador, Enaho 2006; Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo MTPE – Programa de Estadísticas y Estudios Laborales PEEL: Boletín de Economía laboral, N° 31, Año 8, Agosto 2005; Bull. Inst. fr. études andines 2002, 31 (3): 699-724).

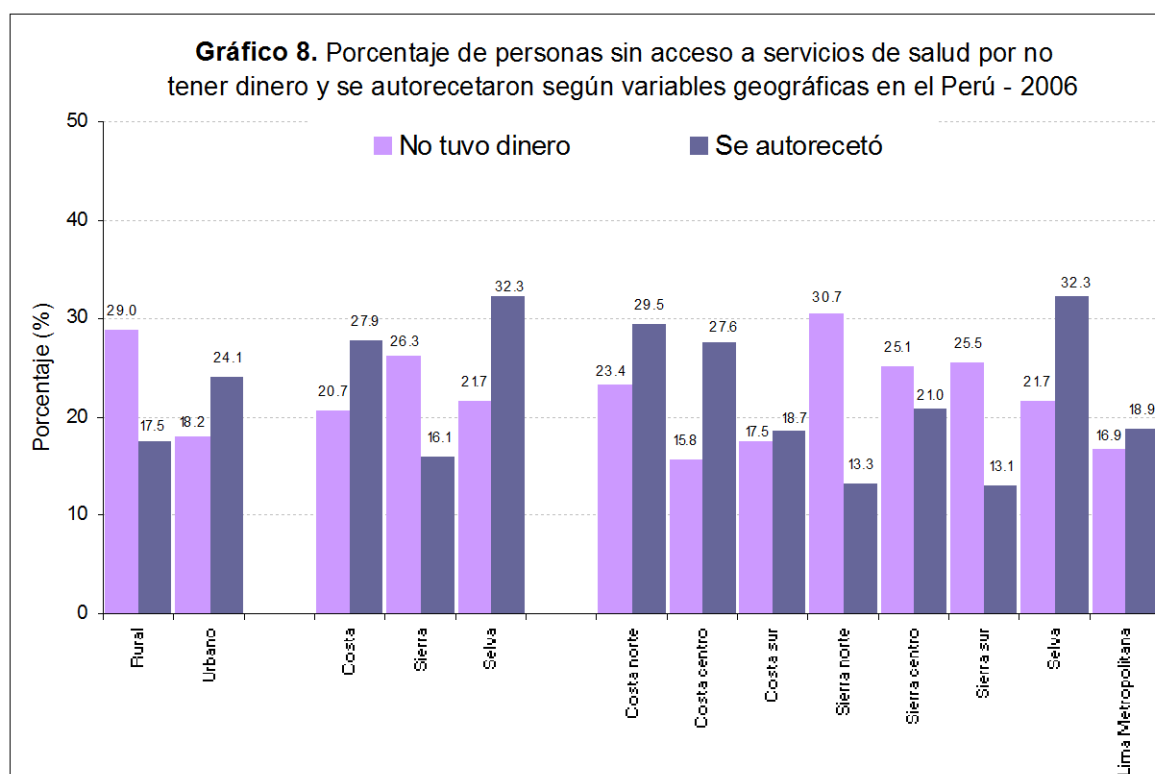
servicios de salud según deciles de ingreso monetario. Se observa que para la población comprendida en el decil 1 (más pobre) los porcentajes fueron: no tuvo dinero (37.3%), se autorecetó (14.9%) y no fue necesario (18.1%), mientras que para la población comprendida en el decil 10 (más rico) los porcentajes fueron: no tuvo dinero (5.5%), se autorecetó (32.1%) y no fue necesario (46.7%). Para la representación a nivel nacional los porcentajes de los motivos fueron: no tuvo dinero (21.7%), se autorecetó (25.0%) y no fue necesario (32.5%).



Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 8** muestra el porcentaje de personas sin acceso a los servicios de salud por no tener dinero y se auto recetaron según variables geográficas. Se observa que para el área rural los porcentajes fueron: no tuvo dinero (29.0%) y se autorecetó (17.5%), mientras que para el área urbana los

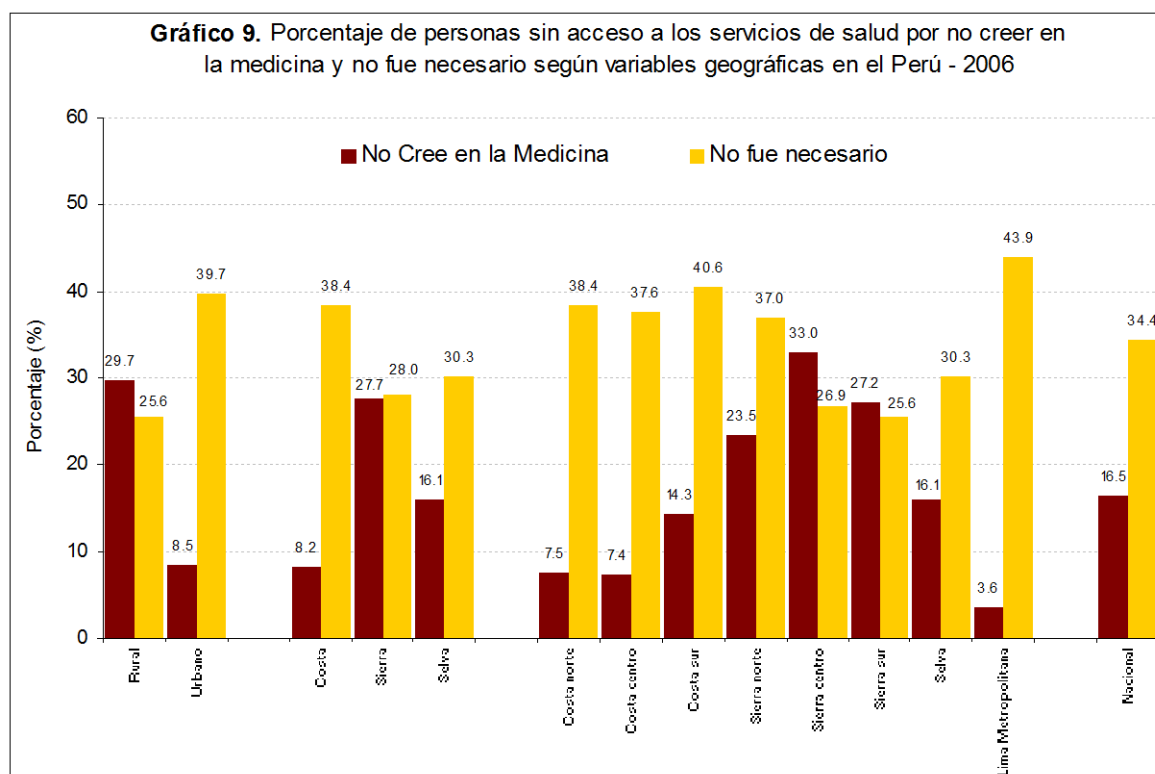
porcentajes fueron: no tuvo dinero (18.2%) y se autorecetó (24.1%). Para la región de la costa los porcentajes fueron: tuvo dinero (20.7%) y se autorecetó (27.9%); para la región de la sierra los porcentajes fueron: no tuvo dinero (26.3%) y se autorecetó (16.1%); para la región de la selva los porcentajes fueron: no tuvo dinero (21.7%) y se autorecetó (32.3%). Para Lima metropolitana los porcentajes fueron: no tuvo dinero (16.9%) y se autorecetó (18.9%).



Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 9** muestra el porcentaje de personas sin acceso a los servicios de salud por no creer en la medicina y no fue necesario según variables geográficas. Se observa que para el área rural los porcentajes fueron: no cree en la medicina (29.7%) y no fue necesario (25.6%), mientras que para el área

urbana los porcentajes fueron: no cree en la medicina (8.5%) y no fue necesario (39.7%). Para la región de la costa los porcentajes fueron: no cree en la medicina (8.2%) y no fue necesario (38.4%); para la región de la sierra los porcentajes fueron: no cree en la medicina (27.7%) y no fue necesario (28.0%); para la región de la selva los porcentajes fueron: no cree en la medicina (16.1%) y no fue necesario (30.3%). Para Lima metropolitana los porcentajes fueron: no cree en la medicina (16.5%) y no fue necesario (34.4%).



Fuente: Elaboración propia

La **Tabla 7** muestra el porcentaje de personas con tenencia de seguro de EsSalud que buscaron atención en el MINSA según decil de riqueza. Se observa que para el decil 1 (población más pobre) le correspondió el 5.7%, para la población del decil 2 le correspondió el 8.1%, para la población del

decil 3 le correspondió el 7.7%, mientras que para los deciles 8, 9 y 10 (más rico) les correspondió el 4.7%, 4.4% y el 3.2% respectivamente. A nivel nacional las personas con tenencia de seguro de EsSalud que buscaron atención en el MINSA fue del 4.5%.

**Tabla 7.** Porcentaje de personas con tenencia de Seguro de EsSalud que buscaron atención en el MINSA<sup>1</sup> según decil de riqueza.  
Perú – 2006

Decil de Riqueza	Porcentaje
Más Pobre	5.7
2	8.1
3	7.7
4	4.5
5	6.5
6	5.8
7	5.2
8	4.7
9	4.4
Más Rico	3.2
Nacional	4.5

<sup>1</sup> Se atendieron en una posta, centro de salud, hospital o centro/puesto CLAS del MINSA.  
Elaboración propia

La **Tabla 8** muestra el porcentaje de los motivos por los que no tuvieron acceso a los servicios de salud según deciles de riqueza y variables geográficas, donde se observa que los mayores motivos fueron: no tuvo dinero, se encuentra lejos, no fue necesario, no cree en la medicina y se autorecetó como

los principales. Para el motivo *“no tuvo dinero”* los porcentajes de no acceso a los servicios de salud encontrados fueron: para la población del decil 1 (39.4%), para la población del decil 10 (5.6%), para el área rural (29.0%), para el área urbana (18.2%), para las regiones de la costa (20.7%), sierra (26.3%), selva (21.7%) y Lima metropolitana (16.9%). Para el motivo *“se encuentra lejos”* los porcentajes de no acceso a los servicios de salud encontrados fueron: para la población del decil 1 (12.7%), para la población del decil 10 (0.5%), para el área rural (10.5%), para el área urbana (0.5%), para las regiones de la costa (1.1%), sierra (8.2%), selva (4.8%) y Lima metropolitana (0.3%). Para el motivo *“no fue necesario”* los porcentajes de no acceso a los servicios de salud encontrados fueron: para la población del decil 1 (18.5%), para la población del decil 10 (49.4%), para el área rural (25.6%), para el área urbana (39.7%), para las regiones de la costa (34.8%), sierra (28.0%), selva (30.3%) y Lima metropolitana (43.9%). Para el motivo *“no cree en la medicina”* los porcentajes de no acceso a los servicios de salud encontrados fueron: para la población del decil 1 (35.7%), para la población del decil 10 (5.2%), para el área rural (29.7%), para el área urbana (8.5%), para las regiones de la costa (8.2%), sierra (28.7%), selva (16.1%) y Lima metropolitana (3.6%). Para el motivo *“se autorecetó”* los porcentajes de no acceso a los servicios de salud encontrados fueron: para la población del decil 1 (12.0%), para la población del decil 10 (28.0%), para el área rural (17.5%), para el área urbana (24.1%), para las regiones de la costa (27.9%), sierra (16.1%), selva (32.3%) y Lima metropolitana (18.9%), entre los principales.

**Tabla 8.** Porcentaje de los motivos por los que no tuvieron acceso a los servicios de salud según deciles de riqueza y variables geográficas.  
Perú - 2006

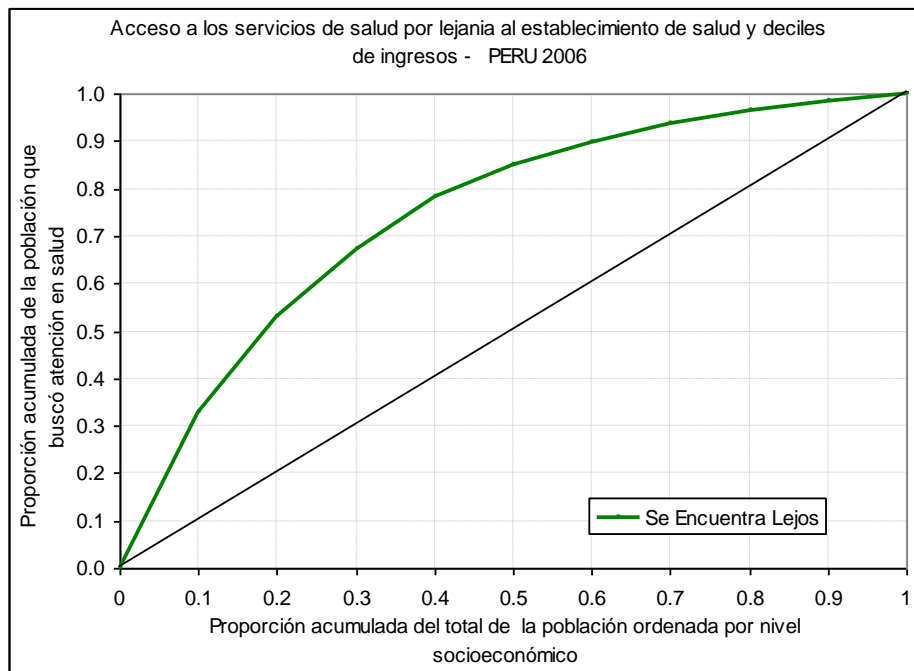
Decil/Regiones	No tuvo Dinero	Se encuentra lejos	Demoran mucho en atender	Falta de confianza	No fue necesario	No cree en la medicina	No tiene seguro	Se autorecetó	Falta de tiempo	Por maltrato del personal	Otro
1 (Más pobre)	39.4	12.7	1.9	6.3	18.5	35.7	1.3	12.0	6.2	1.1	1.9
2	30.6	8.8	2.2	5.2	25.6	26.2	1.9	16.7	8.0	0.9	1.7
3	29.6	5.9	2.7	4.7	26.8	23.0	1.6	20.3	8.7	0.9	1.8
4	25.3	4.6	3.7	4.3	29.9	19.3	1.7	20.6	10.0	0.7	1.3
5	24.9	2.5	3.6	4.2	33.4	14.4	1.0	23.7	10.2	0.6	1.3
6	19.7	2.0	3.0	4.0	37.6	11.9	1.1	23.0	10.5	0.7	1.8
7	17.2	1.5	2.9	4.4	39.1	10.0	0.8	24.1	10.8	0.5	1.3
8	15.9	1.0	2.8	3.3	41.1	8.7	0.8	24.7	11.7	0.5	1.6
9	11.2	1.0	2.4	3.4	45.6	6.6	1.0	25.0	11.7	0.4	1.4
10 (Más Rico)	5.6	0.5	2.9	2.6	49.4	5.2	0.4	28.0	10.1	0.4	2.5
Rural	29.0	10.5	1.9	5.2	25.6	29.7	1.3	17.5	7.4	0.8	1.9
Urbano	18.2	0.5	3.3	3.7	39.7	8.5	1.1	24.1	11.1	0.6	1.5
Costa	20.7	1.1	2.6	2.9	34.8	8.2	1.6	27.9	9.1	0.4	2.5
Sierra	26.3	8.2	2.7	5.8	28.0	28.7	1.4	16.1	10.9	1.0	1.5
Selva	21.7	4.8	3.0	4.6	30.3	16.1	1.0	32.3	6.7	0.5	1.4
Costa norte	23.4	1.0	2.3	2.6	38.4	7.5	2.2	29.5	8.8	0.4	3.5
Costa centro	15.8	1.0	3.3	3.1	37.6	7.4	0.6	27.5	7.7	0.4	0.7
Costa sur	17.5	1.7	2.9	4.4	40.6	14.3	1.0	18.7	15.1	0.9	0.5
Sierra norte	30.7	7.3	0.7	3.3	36.0	23.5	0.7	13.3	4.6	0.3	1.8
Sierra centro	25.1	7.9	2.9	5.2	26.9	33.0	1.9	21.0	7.7	0.8	1.0
Sierra sur	25.5	8.7	3.4	7.4	25.6	27.2	1.3	13.1	16.2	1.5	1.7
Selva	21.7	4.8	3.0	4.6	30.3	16.1	1.0	32.3	6.7	0.5	1.4
Lima Metropolitana	16.9	0.3	2.9	2.8	43.9	3.6	0.3	18.9	9.8	0.4	1.4

Fuente: Elaboración propia

El **Gráfico 10** muestra a través de la curva de Lorenz el acceso a los servicios de salud por lejanía al establecimiento de salud y deciles de ingresos. Se observa que la curva de Lorenz esta por encima de la línea de equidad obteniéndose el índice de concentración (IC) de -0.43.

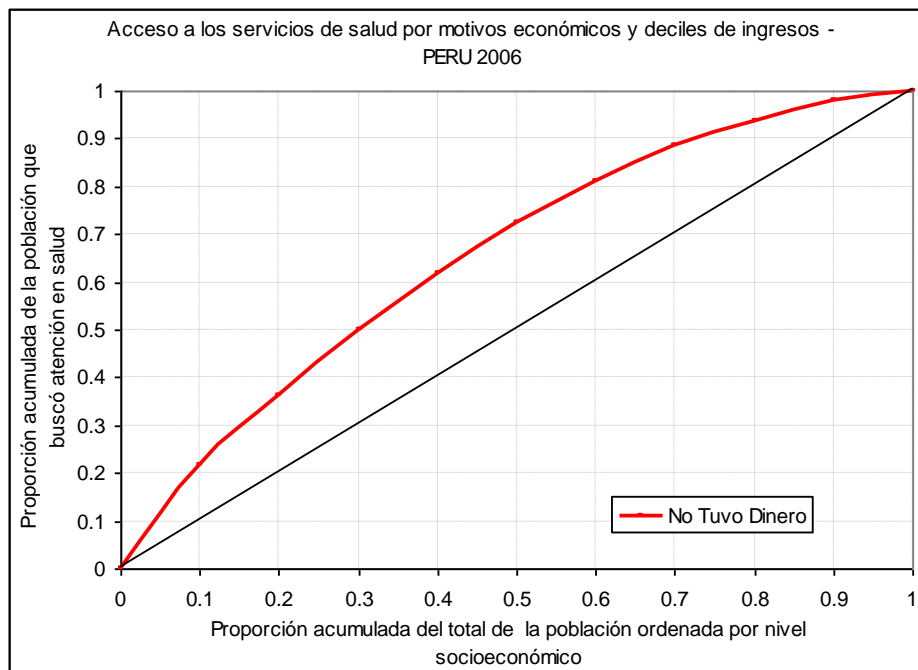
El **Gráfico 11** muestra a través de la curva de Lorenz el acceso a los servicios de salud por motivos económicos y deciles de ingresos. Se observa que la curva de Lorenz esta por encima de la línea de equidad obteniéndose el índice de concentración (IC) de -0.24.

**Gráfico N° 10**



Índice de Concentración: -0.43  
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 11**

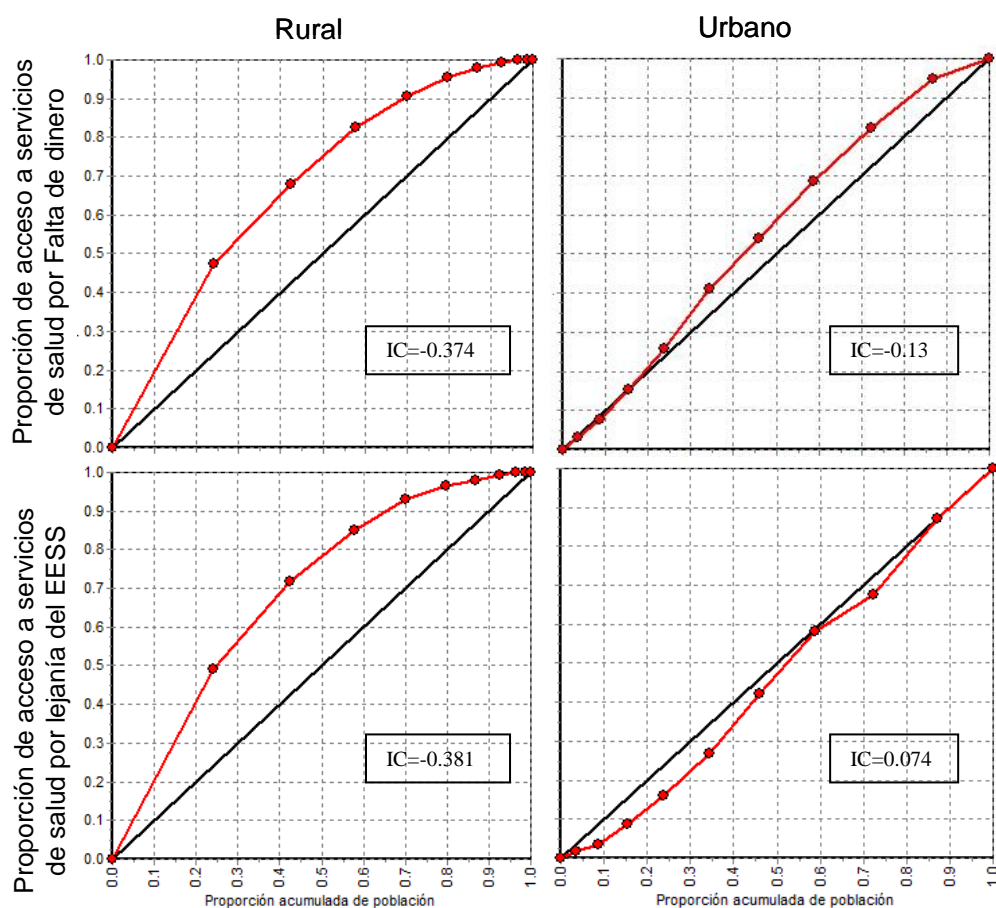


Índice de Concentración: -0.24  
Fuente: Elaboración propia



El **Gráfico 12** muestra la curva de Lorenz del acceso a los servicios de salud para los motivos económicos (falta de dinero) y lejanía al establecimiento de salud por deciles de ingresos según área de residencia. Se observa que para la población comprendida en el área rural la gráfica de la curva de Lorenz se sitúa por encima de la línea de equidad en ambos casos (falta de dinero y lejanía al establecimiento de salud) obteniéndose a su vez, para el motivo económico (falta de dinero) el índice de concentración (IC) de -0.374 y para el motivo lejanía del establecimiento de salud el índice de concentración (IC) de -0.381, mientras que para la población comprendida en el área urbana se puede observar que la gráfica de la curva de Lorenz, para el motivo económico (falta de dinero), se halla al inicio sobre la línea de equidad para luego situarse muy discretamente por debajo de la línea de equidad y luego para posteriormente situarse ligeramente por encima de la línea de equidad obteniéndose un índice de concentración (IC) de -0.13 y en lo referente para el motivo lejanía al establecimiento de salud la gráfica de la curva de Lorenz se halla ligeramente por debajo de la línea de equidad llegando incluso en una parte de la gráfica a volverse a situar sobre la línea de equidad, para posteriormente volverse a situar ligeramente por debajo de la línea de equidad para terminar finalmente sobre la línea de equidad obteniéndose en este caso un índice de concentración (IC) de 0.074.

**Gráfico N° 12.** Curvas del acceso a servicios de salud para los motivos económicos y lejanía de los establecimientos de salud por deciles de ingresos según área de residencia. Perú - 2006.



Elaborado con EPIDATA. IC: Índice de Concentración  
Fuente: Elaboración propia.

## **CAPITULO IV : DISCUSION**

El acceso a los servicios de salud públicos en nuestro país sigue siendo, para un gran porcentaje de la población de condición económicamente pobre y muy pobre, todavía uno de los mayores problemas del sector salud que no puede ser resuelta en su totalidad, debido a que el sistema de salud que tenemos, el cual es mayormente ofertado por el MINSA, aún no tiene la cobertura de llegar a todos los peruanos que lo necesiten, debido a que algunos determinantes del estado de salud hacen poco viable el acceso a los servicios de salud de la población pobre y muy pobre de nuestro País (ejemplo de Determinantes del estado de salud: no tiene dinero, lejanía del establecimiento de salud, entre otros).

En el presente estudio (Enaho 2006) se evidenció el hecho de que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional, ya que los índices de concentración (IC) encontrados para los principales motivos del no acceso a estos servicios de salud así lo determinan. De los valores hallados tenemos que para los motivos económicos (falta de dinero) el IC encontrado fue de -0.24, mientras que para el motivo de lejanía al

establecimiento de salud (se encuentra lejos) el IC encontrado fue de -0.43. Igualmente, por el área de residencia también se evidencia que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA, el cual se hace más evidente para la población rural cuando se compara con la población urbana, teniendo en cuenta los dos motivos considerados (no tiene dinero y lejanía del establecimiento de salud) por el cual la población no tuvo acceso a los servicios de salud del MINSA los valores encontrados fueron: para la población rural el IC para la proporción de acceso a servicios de salud por falta de dinero fue de -0.374 y para la lejanía del establecimiento de salud el IC fue de -0.381; asimismo, para la población urbana el IC para la proporción de acceso a servicios de salud por falta de dinero fue de -0.13 y para la lejanía del establecimiento de salud fue de 0.074.

[Hay que mencionar que] *el IC satisface tres requerimientos de un indicador de desigualdad de salud: (i) refleja las dimensiones socioeconómicas en las desigualdades de salud; (ii) refleja las características observadas en toda la población; y (iii) es sensible a cambios en la distribución de la población entre grupos socioeconómicos. El IC se define como el doble del área entre la curva de concentración y la diagonal [ver Figura 10, 11 y 12]. La curva de concentración es la representación de la proporción acumulada de personas enfermas [o del motivo de estudio] contra la proporción de la población ordenada por nivel de ingreso comenzando por aquellas más pobres. Si la curva de concentración coincide con la diagonal, IC es igual a cero y todos los individuos gozan de la misma salud [o situación de salud]. Si la curva de concentración está por arriba de la diagonal, IC es negativo y las*

*desigualdades en salud existen y favorecen a los individuos con mayor ingreso en la sociedad. En otras palabras si  $IC = 0$  no existen diferencias de morbilidad [o condicionantes] asociadas al nivel socio-económico; si  $IC = -1$  toda la enfermedad la soporta el que tiene peor nivel socio-económico; y si  $IC = 1$  toda la enfermedad la soporta el que tiene el mejor nivel socio-económico. Si la curva de concentración cruza la diagonal, las áreas pueden compensarse. Esto indicaría que las desigualdades favorecen a los ricos en alguna parte de la distribución del ingreso, mientras que favorecen a los pobres en otras. [Asimismo, en una] breve revisión de la literatura sobre desigualdades de salud, acceso y utilización de servicios de salud, los estudios internacionales muestran, con contadas excepciones, una relación inversa entre indicadores de salud (cualquiera sea la variable utilizada) y las características socio-económicas (...) [al mismo tiempo] tampoco existe una literatura abundante para otros países de América Latina ya que la mayoría de los estudios han sido realizados para países desarrollados (31).*

*El MINSA en su Plan Nacional Concertado de Salud refiere que “El sistema de salud peruano es fragmentado, como resultado del surgimiento de múltiples subsistemas de salud a lo largo del siglo pasado: ministerio de salud, seguro social, sanidad de las fuerzas armadas, sanidad de las fuerzas policiales, beneficencia pública y servicios privados, donde cada uno tiene como responsabilidad la atención de un determinado grupo social, con funciones competitivas y facultades para formular su propia política sanitaria, determinando una excesiva concentración de recursos en zonas urbanas, pero con una insuficiencia de recursos y baja productividad en zonas rurales, donde*

*existe una falta de acceso a los servicios de salud para la población. (...) Por otro lado, llama a la reflexión la existencia de un porcentaje significativo de la población de mayores recursos (60%), mayoritariamente independientes, que no cuenta con cobertura de seguros, y que se atiende de manera subsidiada en los establecimientos públicos de salud. Esta situación estaría generando problemas de ineficiencias en la asignación de recursos y una discriminación negativa e inversa, puesto que los recursos escasos del sector público se están orientando a financiar el acceso a la salud de poblaciones con mayor poder adquisitivo. (...) A su vez, la principal fuente de financiamiento es el gasto de bolsillo de las familias (equivalente al 37% del gasto total en salud), lo cual representa una estructura inadecuada. Esta situación estaría generando que un porcentaje elevado de la población no esté protegida frente a los riesgos financieros que implica un evento de enfermedad, hallándose expuesta a una disminución de los niveles de bienestar. (...) Mantener esta situación atenta contra la equidad del sistema, ya que limita el acceso a los servicios de salud a los segmentos de ciudadanos de menores recursos (30). Lo que hace que los factores o determinantes antes mencionados contribuyen a la inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA.*

Asimismo, en el estudio realizado (Enaho 2006) se encuentran diferencias referentes a la condición de educación del entrevistado con la percepción de enfermedad y el acceso a los servicios de salud, evidenciándose: en primer lugar, una relación inversa entre el nivel educativo y la percepción de enfermedad, es decir, a menor nivel educativo se aprecia mayor percepción de enfermedad y en segundo lugar, una relación directa entre el nivel educativo y

el acceso a los servicios de salud, es decir, a mayor nivel educativo se aprecia mayor acceso a los servicios de salud (ver Tabla N° 5). [Respecto a esta condición diremos que] “(...) *la utilización de los servicios de salud*<sup>27</sup> *por parte de los individuos depende de un conjunto de variables individuales y familiares (demanda) y de las características de la oferta. Un primer mecanismo a través del cual las características individuales y familiares afectan la utilización de los servicios de salud es el de la identificación de un malestar o enfermedad. (...) Diversos estudios hablan de la relación creciente entre el nivel educativo del individuo y su reporte de morbilidad [enfermedad], dado un mismo nivel de salud. Una mayor información acerca de los síntomas de enfermedades, o a una menor tolerancia a los malestares implícitos explicaría esta tendencia. [Asimismo en el estudio realizado por] Murrugarra y Valdivia (1998a) encuentran una relación negativa y significativa entre el tiempo que demora en llegar al centro de salud y el reporte de una enfermedad. Esta relación, sin embargo, disminuye con el nivel de educación del individuo, y se revierte para aquellos individuos con secundaria completa o superior. Esta conexión con educación, junto a la falta de significancia de esta relación cuando se utiliza la variable días inhabilitado, apoya la hipótesis según la cual las mejoras en infraestructura tienden a aumentar el reporte de enfermedades. (...) Analizando la evolución de la utilización de los servicios médicos ofrecidos por el MINSA en 1994, vemos que la distribución de la atención médica es más bien pro-pobre en zonas urbanas ( $IC = -0.10 < 0$ ), aunque mantiene un sesgo pro-rico en zonas rurales ( $IC = 0.13 > 0$ ). Lo más importante, sin embargo, es que las*

---

<sup>27</sup> La literatura en economía de la salud distingue hoy entre **acceso a** y **utilización de los servicios de salud** (ver, por ejemplo, Culyer y Wagstaff, 1993). En este documento, sin embargo, estos términos son usados como sinónimos.

mejoras en la infraestructura y la calidad de los servicios de salud implementados entre el 1994-1997 habrían implicado un aumento de la utilización de los servicios, pero estas mejoras habrían favorecido en mayor medida a los relativamente más ricos en el Perú. En zonas urbanas, por ejemplo, el índice de concentración se hace menos negativo bajando de  $-0.10$  a  $-0.03$ . En zonas rurales, nuevamente, el índice cae ligeramente aunque no de manera significativa” (32, 33). A pesar del tiempo transcurrido desde que se realizó el estudio por Murrugarra y Valdivia (1994-1997), con el actual estudio (2006) realizado (una década), todavía se puede evidenciar que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud públicos y que esta es mucho mayor en la población rural, casi carente de ingresos económicos y cuyas viviendas se encuentran ubicadas lejos de los establecimientos de salud del MINSA, sumados estos determinantes al escaso o nulo grado de educación de la población más pobre de nuestro país hace que esta brecha de inequidad perdure.

Cabe mencionar nuevamente que el MINSA en su “*Plan Nacional Concertado de Salud*” afirma que “*Un porcentaje significativo de la población en el Perú se encuentra totalmente desprotegida ante eventos de enfermedad, poniendo en riesgo no sólo el estado de salud de los individuos sino también la estabilidad financiera de los hogares. Así, se observa que el 64% de la población no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro de salud, público o privado, explicándose básicamente por los bajos niveles de empleo en el país que limitan el acceso a la seguridad social, así como por los bajos niveles de ingreso de la población que les impide tomar coberturas bajo mecanismos de*



*aseguramiento contributivos. Solo el 35% de la población en situación de pobreza cuenta con alguna cobertura de seguros” (30). En el estudio realizado (Enaho 2006) se encontró que para el año 2006 a nivel nacional el 37.9% de la población contaba con algún tipo de seguro de salud, mientras que el 62.1% lo carecía, lo que hace evidente que aún existiendo mejoras por parte del MINSA en ampliar la cobertura de los seguros de salud, en especial a la población más pobre de nuestro país, éste esfuerzo aún no es lo suficiente para garantizar el derecho a la salud de todos los peruanos. Asimismo, cuando se realiza la comparación con otros estudios, se observa que para el año 2006 hubo una variación de 1.9 puntos porcentuales mayor respecto al año 2005 para la población con / sin seguro de salud lo cual se evidencia cuando “(...) se analizan las tendencias en el aseguramiento en salud observadas durante los años 2002 a 2005 ya que la población que contaba con afiliación a seguros de salud fueron: 40.4%, 41.7%, 36.5% y 36.0%, mientras que la población que no contaba con afiliación a seguros de salud fueron: 59.6%, 58.3%, 63.5% y 64.0% respectivamente” (3, 34).*

En el análisis de la Enaho 2006 referente a la percepción de la población sobre su estado de salud, el 53.1% (Promedio) de la población declaró haber estado enferma en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta realizada. De este nuevo total de la población (100%) que declaró haber estado enferma sólo el 39.9% buscó la atención de salud, mientras que el 60.1% no buscó atención. [Con la] *metodología de la Enaho 2005, del 100% de la población que enfermó, el 24.2% no consideró necesario consultar, mientras que el 75.8% si considera necesario consultar. (...) Del 100% de la población que considera necesaria la*

consulta, solo el 34% logró efectuar una consulta institucional, el 13% se limitó a una consulta no institucional y el resto (53%) no logró el acceso. Teniendo como criterio de importancia el volumen poblacional atendido y tomando como 100% la atención institucional, el MINSA ocupa el primer lugar con el 64% de dicha atención, mientras que EsSalud atiende al 15%, los prestadores privados al 16% y las sanidades de las fuerzas armadas y policiales al 4% (34). De la población que tuvo acceso a los servicios de salud según la Enaho 2005 (34%) y Enaho 2006 (40.6%) se puede observar que hubo una diferencia de 6.6 puntos porcentuales a favor de la población durante el año 2006 con acceso a los servicios de salud de nuestro país, lo cual demuestra una mejora en la cobertura del acceso a los servicios de salud en nuestro país.

Cuando en el estudio se analizan los motivos por el cual la población no tuvo acceso a los servicios de salud se encontró que en la población más pobre el 39.4% fue porque *no tuvo dinero*, el 35.7% fue porque *no cree en la medicina* y el 18.5% fue porque *no fue necesario* como los principales motivos, mientras que para la población más rica el 49.4% de la población refiere que *no fue necesario*, el 28.0% fue porque *se autorecetó* y el 10.1% fue por *falta de tiempo* como los principales motivos encontrados en el presente estudio (Enaho 2006) (Gráfico N° 6, Tabla 8). Cuando el análisis de los motivos (no tuvo dinero, se autorecetó y no fue necesario) se hace a nivel nacional se obtuvieron como resultados que el 21.7% de la población refiere al motivo *no tuvo dinero*, el 25.0% al motivo *se autorecetó* y el 32.5% al motivo *no fue necesario*. Asimismo, cuando el análisis de los motivos (no tuvo dinero y se autorecetó) se realiza según variables geográficas se obtuvo como resultados en la población

rural que el motivo *no tuvo dinero* fue el 29.0% por la cual la población no tuvo acceso a los servicios de salud en comparación al 18.2% de la población urbana para este mismo motivo, mostrando una diferencia de 10.8 puntos porcentuales para la población rural, mientras que los resultados en la población rural para el motivo *se autorecetó* fue el 17.5% por la cual la población no accede a los servicios de salud en comparación del 24.1% de la población urbana para este mismo motivo, mostrando una diferencia de 6.6 puntos porcentuales para la población urbana. Asimismo, cuando el análisis de los motivos (no cree en la medicina y no fue necesario) se realiza según variables geográficas se obtuvo como resultados en la población rural que el motivo *no cree en la medicina* fue el 29.7% por la cual la población no tuvo acceso a los servicios de salud en comparación al 8.5% de la población urbana para este mismo motivo, mostrando una diferencia de 21.2 puntos porcentuales para la población rural, mientras que los resultados en la población rural para el motivo *no fue necesario* fue el 25.6% por la cual la población no accede a los servicios de salud en comparación del 39.7% de la población urbana para este mismo motivo, mostrando una diferencia de 14.1 puntos porcentuales para la población urbana.

En este aspecto, el estudio realizado por Petrera, M y Seinfeld, J (34) reportan que “para el Decil 1 en la población no afiliados al SIS la **falta de dinero** fue el motivo de No atención en un 30.6%, mientras que en los afiliados al SIS fue en primer lugar **se encuentra lejos** con el 8.9%, seguido de **falta de dinero** con el 7.4% y en el caso de la población que se encuentra en el decil 10 la causa de no atención fue **falta de tiempo** con el 6.3% y **falta de dinero** el 2.7%”. Cabe

mencionar, que aún siendo las metodologías de estudio diferentes en ambos casos, se puede apreciar que en el Decil 1 (separando la población afiliada al SIS) el motivo de no acceso a los servicios de salud es “**no tuvo dinero**” (o falta de dinero), mientras que para el decil 10 el motivo falta de tiempo estuvo presente en ambos casos.

Con respecto al porcentaje de personas con únicamente tenencia de seguro de salud de EsSalud que buscaron atención en los establecimientos de salud del Minsa en el estudio realizado, el promedio a nivel nacional fue de 4.5%. Según el estudio de Petrera, M y Seinfeld J (34) que tiene como fuente la Enaho del 2005 refiere que *“la población afiliada a EsSalud y atendida en el Minsa fue el 9.0%, de los seguros privados/prepagas el 4.7% y afiliados a seguros de las FF.AA. / policiales el 10.6% y como promedio de filtración fue el 8.1%”*. Respecto solo a la población con seguro de salud de EsSalud y que accedió al Minsa se puede observar que hubo una disminución de 4.5 puntos porcentuales en este tipo de filtración de los servicios de salud y que corresponde a la población de EsSalud que se atienden de manera subsidiaria en el Minsa, constituyendo este porcentaje de filtración una forma de inequidad en el acceso a los servicios de salud en perjuicio de la población más pobres de nuestro País.

En los últimos años, las mejoras realizadas en la oferta de los servicios de salud por los principales proveedores para disminuir la brecha existente entre demanda y la oferta de los servicios de salud, así como, las mejoras en la reducción de la pobreza en nuestro País, han contribuido a mejorar el acceso a

los servicios de salud, es así que *“la pobreza total en el Perú para el periodo 2001-2005 se habría reducido de 54.8% a 48.9%, mientras que en [el] área rural habría caído de 74.8% a 69.7%. Asimismo, para el mismo periodo, la pobreza extrema<sup>28</sup> a nivel nacional habría decrecido de 24.4% a 18.2%, mientras que en el área rural lo habría hecho 51.3% a 39% entre [el] 2001 y 2005”* (30).

Para finalizar, solo mencionar que de todas las mejoras realizadas en el sector salud (mayor y mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados), éstas aún no satisfacen un adecuado o equitativo acceso a los servicios de salud públicos para toda la población. La condición de vivir en áreas rurales alejadas a los establecimientos de salud, la pobreza, la falta de educación, así como otros determinantes hacen que el acceso a los servicios de salud sean inequitativos cuando se compara la población pobre y no pobre de nuestro país.

---

<sup>28</sup> Incapacidad de los hogares para financiar una canasta básica de alimentos

## CONCLUSIONES

1. A nivel nacional se evidencia que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA cuando se analizan los principales motivos del no acceso a estos servicios, los cuales se corroboran con el índice de concentración hallado. Entre los principales motivos a nivel nacional tenemos: falta de dinero (IC -0.24) y lejanía al establecimiento de salud (IC -0.43).
2. Cuando se analiza por ámbito geográfico y se halla el índice de concentración se encuentra que para la población rural los principales motivos del no acceso a los servicios de salud del Minsa fueron: falta de dinero (IC -0.374) y lejanía del establecimiento de salud (IC -0.381).
3. Cuando se analiza por ámbito geográfico y se halla el índice de concentración se encuentra que para la población urbana los principales motivos del no acceso a los servicios de salud del Minsa fueron: falta de dinero (IC -0.13) y lejanía del establecimiento de salud (IC 0.074).

4. En el estudio realizado (Enaho 2006) se encuentran diferencias referentes a la condición de educación del entrevistado con la percepción de enfermedad y el acceso a los servicios de salud, evidenciándose: en primer lugar, una relación inversa entre el nivel educativo y la percepción de enfermedad y en segundo lugar, una relación directa entre el nivel educativo y el acceso a los servicios de salud.
5. En el estudio realizado (Enaho 2006) se encontró que a nivel nacional el 37.9% de la población contaba con algún tipo de seguro de salud, mientras que el 62.1% lo carecía, constituyendo este último porcentaje la población que se encontró totalmente desprotegidos ante eventos de enfermedad, lo que puso en riesgo no sólo el estado de salud de los individuos sino también la estabilidad económica de la familia.
6. Los determinantes para el acceso a los servicios de salud en el estudio fueron: el área geográfica (área rural, área urbana) el nivel educativo del jefe del hogar, los deciles de riqueza a los que pertenecen la población, tenencia de seguro de salud, como las principales variables.
7. La población con mayores recursos económicos que cuentan con cobertura de seguros de salud de EsSalud y se atendieron de manera subsidiada en los establecimientos del MINSA fue del 4.5% lo que constituye Filtración en el acceso a los servicios de salud.

8. En el análisis de la Enaho 2006 referente a la percepción de la población sobre su estado de salud, el 53.1% (Promedio) de la población declaró haber estado enferma en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta realizada y de este nuevo total (100%) el 39.9% buscó atención de salud, mientras que el 60.1% no buscó atención.
9. Los principales motivos por el cual la población económicamente más pobre del país no tuvo acceso a los servicios de salud del Minsa durante el año 2006 fueron: a) *no tuvo dinero* (39.4%), b) *no cree en la medicina* (35.7%) y c) *no fue necesario* (18.5%).
10. Los principales motivos por el cual la población económicamente más rica del país no tuvo acceso a los servicios de salud del Minsa durante el año 2006 fueron: a) *no fue necesario* (49.4%), b) *se autorecetó* (28.0%) y c) *falta de tiempo* (10.1%).



## **RECOMENDACIONES**

1. Que en los siguientes años se trabaje con todos los actores sociales involucrados, tanto con los responsables en brindar u ofertar servicios de salud como también con la población de beneficiarios de la atención de salud, tanto a nivel sectorial como intersectorial para poder hacer viable el proyecto de aseguramiento en salud al total de la población de nuestro País y en especial a la población pobre, tanto en los aspectos técnico-financieros, así como de política sectorial.
2. Que las autoridades del Sector Salud (MINSA), como ente rector, formule las políticas de salud que garanticen un sistema de salud con equidad y así poder desterrar el sistema fragmentado de salud (Minsa, EsSalud, Sanidad de FF. AA y Policiales, Municipalidades, etc.) que hasta la fecha tenemos y que constituye una forma de inequidad en el acceso a los servicios de salud de nuestro país.
3. Brindar una mejor educación a toda la población de nuestro país en lo referente a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades,

en especial a la población pobre de nuestro país, para que cuando ocurra un evento de enfermedad en la población, ésta acuda a los establecimientos de salud del Minsa y reciban una atención de salud integral para su rápida y mejor recuperación y que posteriormente esta población ya sana contribuya al crecimiento y desarrollo del país.

4. Actuar sobre los principales motivos por el cual la población no tuvo acceso a los servicios de salud del Minsa. En el caso de la población económicamente más pobre que *“no tuvo dinero”*, se actuaría con una redistribución de la riqueza a través de un mayor subsidio a los establecimientos del Minsa para que brinden dicha atención, en especial a la población más pobre de nuestro país; en lo referente a *“no cree en la medicina”* [occidental], se actuaría respetando la tradición cultural que tiene la población y promoviendo la medicina natural o complementaria y en lo referente a que *“no fue necesario”* [no fue grave], se actuaría educando a la población a acudir a la atención de salud como prevención de complicaciones del curso natural de la enfermedad.
5. Actuar sobre los principales motivos por el cual la población no tuvo acceso a los servicios de salud del Minsa. En el caso de la población económicamente más rica que no tuvo acceso a los servicios de salud por considerar que *“no fue necesario”*, *“se autorecetó”* y por *“falta de tiempo”*, se actuaría en la educación y en la prevención de las complicaciones del curso natural de la enfermedad.

6. Que siendo relevante las políticas sectoriales en salud para mejorar las condiciones de vida de la población, éstas deberían considerar no solo la infraestructura hospitalaria, el equipamiento biomédico y los recursos humanos profesionales y no profesionales en el campo de la salud, sino también, la educación de la población que es uno de los pilares fundamentales de crecimiento y desarrollo del país, pero que aquí la educación en salud debe de realizarse respetando las tradiciones culturales de las poblaciones, mayormente de las áreas rurales, para que así la población tenga la mayor aceptación y el mayor acceso a los servicios de salud del Minsa.
7. Establecer un sistema de gestión hospitalaria único que contemple una sola base de datos en la cual la atención de la población sea registrada cada vez que solicite y reciba la atención de salud y que a su vez esta información sea facilitada a los diferentes establecimientos de salud (Minsa, EsSalud, otros) evitando de esta manera la filtración de pacientes de un subsistema a otro.
8. Hacer difusión de los estudios sobre el acceso a los servicios de salud públicos a los Profesionales de la Salud y de otras áreas, con el fin de sensibilizarlos sobre este importante tema y contribuir a su plena participación en la búsqueda de la equidad en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Valdivia, Martin. “Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en Perú”. Documento de trabajo N° 37. Grupo de Análisis para el desarrollo, GRADE. Lima. Abril 2002.
- 2.- Schneider, María C.; et al. “Métodos de medición de las desigualdades de salud”. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 12 N° 6. Pág. 398-414. Diciembre 2002.
- 3.- Seinfeld, Janice; La Serna, Karlos. “Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de las personas de ingresos medios bajos y bajos?”. Rev. Economía y Sociedad 64, CIES. Lima – Perú. Julio 2007. pp. 54-60.
- 4.- INEI. Nota de Prensa N° 138. Lima – Perú. Junio 2006.
- 5.- Francke, P.; Arroyo, J.; Guzmán, A. “Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006–2011”. Rev. Economía y Sociedad N° 59, CIES. Lima – Perú. Marzo 2006. pp. 35-41.
- 6.- Francke, P.; Arroyo, J.; Guzmán, A. “Políticas de salud 2006–2011”. CIES y Foro Salud. Lima, Febrero del 2006.

- 7.- Rubio Cebrian, Santiago. "Glosario de Economía de la Salud y Disciplinas afines". Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España. 1995.
- 8.- Kliksberg, Bernardo. "Hacia una economía con rostro humano". Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A. 2da. Edic. Buenos Aires, Argentina. 2002.
- 9.- Asociación de Economía de la Salud. "Salud, Equidad y Desarrollo Económico". Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina. 2000.
- 10.- Hernández Peña P, Zapata O, Leyva R, Iozano R. "Equidad y Salud: necesidad de investigación para la formulación de una política social". Revista de Salud Pública de México 1991; 33(1):9-17.
- 11.- Gómez G., Elsa. "Equidad, Género y Salud". Taller Internacional Cuentas Internacionales de Salud y Género. 18 y 19 de Octubre 2001. Santiago de Chile. OPS/OMS FONASA. Fecha de consulta 18 de Mayo del 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-egg.PDF>
- 12.- Martínez Martín, Félix León. "Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/Inequidad en salud. Revisión conceptual". Bogotá, Septiembre de 2006. Fecha de consulta el 13 de Octubre del 2007. Disponible en:  
[http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad Inequidad en Salud.pdf](http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad_Inequidad_en_Salud.pdf)
- 13.- Dachs, Norberto. "Inequidades en Salud: Como estudiarlas". Fecha de consulta el 19 de Enero del 2010. Disponible en:  
[http://www.politicaspublicasysalud.org/docs/gsc/0233.dachs\\_inequidades\\_salud\\_como\\_estudiarlas.pdf](http://www.politicaspublicasysalud.org/docs/gsc/0233.dachs_inequidades_salud_como_estudiarlas.pdf)

- 14.- Sen, Amartya. "La Desigualdad Económica". Fondo de Cultura Económica. México, D. F. 2001.
- 15.- INEI. Informe Técnico: medición de la pobreza 2004, 2005 y 2006. Lima Perú.
- 16.- Feres, Juan Carlos y Mancero, Xavier. "Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura". Serie estudios estadísticos y prospectivos. CEPAL. 2001
- 17.- Valdivia, Martín. El enfoque de género en el estudio "Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú: ¿una cuestión de número o de momento?". Rev. Economía y Sociedad 61, CIES. Lima – Perú. Octubre 2006. pp. 22-28.
- 18.- INS – MINSA. Efecto del nivel socioeconómico sobre algunos indicadores de salud y nutrición en la niñez, Perú 2003-2004. Lima: Instituto Nacional de Salud; Ministerio de Salud, 2007.
- 19.- OPS/OMS. "Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe". Serie N° 1 Extensión de la protección en salud. Washington, D. C. 2003.
- 20.- Bardález del Águila, Carlos. "La Salud en el Perú". Consorcio de investigación económica y social (CIES) - Proyecto Observatorio de la Salud. Fecha de consulta el 10 de Noviembre del 2006.  
  
Disponible en: <http://www.consortio.org/cies/html/pdfs/saludenelperu.pdf>
- 21.- Lip Licham, César; Rocabado Quevedo, Fernando. "Determinantes sociales de la salud en el Perú". Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la salud. Lima, 2005.
- 22.- INEI. "Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú". Lima- Perú, Julio 2000.

- 23.- INEI. Quienes somos - ¿Qué es el INEI? En: <http://www.inei.gob.pe>
- 24.- Madueño Dávila, Manuel. “Perú: Estudio de demanda de los servicios de salud” (Documento 1). Informe Técnico N° 012. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Mayo 2002.
- 25.- MINSA. “Análisis de la Situación de Salud del Perú – 2005”. Dirección General de Epidemiología. Lima, Perú. Julio 2006.
- 26.- MINSA. “Análisis y Tendencias en la Utilización de los servicios de salud. Perú 1985-2002”. Dirección General de Salud de las Personas. OPS/OMS. Lima, Perú. Setiembre 2003.
- 27.- Defensoría del Pueblo del Perú. Informe defensorial N° 105. “El derecho a la salud y a la seguridad social”. Lima 2006.
- 28.- Defensoría del Pueblo del Perú. Informe defensorial N° 87. “El Derecho a la salud y a la seguridad social: Supervisando establecimientos de salud”. Lima 2004.
- 29.- Comisión de Lucha contra el consumo de drogas. “Encuesta Nacional sobre prevención y Uso de Drogas - Informe General”. Perú 1999.
- 30.- MINSA. “Plan Nacional Concertado de Salud”. Lima, Perú. Julio 2007.
- 31.- Bertranou, Fabio. “Desigualdades en salud asociadas al ingreso: evidencia empírica para la Argentina”. Documento de investigación DI-006-E. Edit. Siglo 21. Agosto del 2001. En: <http://cies.edu.ni/documentos/red/doc/cap-03/DI-006-E.pdf>
- 32.- Valdivia, Martín. “Evolución de la Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud: Perú 1994-1997”. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Lima, Abril 1999.

- 33.- Cortez, Rafael. "Salud, equidad y pobreza en el Perú. Teoría y nuevas evidencias". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Noviembre 2003.
- 34.-Petrera, Margarita; Seinfeld, Janice. "Repensando la salud en el Perú". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Diciembre 2007.



# **ANEXOS**

## **ANEXO Nº 01**

La Cobertura Temática de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2006 comprende:

- Características de la vivienda y del hogar,
- Características de los miembros del hogar,
- Educación,
- Salud,
- Empleo,
- Ingreso por trabajo,
- Otros ingresos,
- Gastos,
- Programas sociales,
- Participación ciudadana,
- Módulo comunal para informantes calificados,
- Módulo de opinión.

Se anexa la encuesta con las preguntas que se realizaron para el módulo de Salud de la ENAH 2006.

# 400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°	Nombre:	Informante N°
------------	---------	---------------

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	MES	AÑO

**LAS PREGUNTAS 401A Y 401B SON SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD**

401A. EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS, DE ..... A ..... ¿TUVO ALGÚN PARTO?

Sí ..... 1

No ..... 2 → **PASE A 401**

401B. ¿A DÓNDE ACUDIÓ EN SU ÚLTIMO PARTO?

Puesto de salud MINSA ..... 1

Centro de salud MINSA ..... 2

Centro o puesto de salud CLAS ..... 3

Posta, policlínico ESSALUD ..... 4

Hospital MINSA ..... 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) ..... 6

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional ..... 7

Consultorio médico particular ..... 8

Clínica particular ..... 9

Farmacia o botica ..... 10

En su domicilio (del paciente) ..... 11

Casa de huesero, curandero ..... 12

Otro ..... 13

(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN ..... 14

**PASE A 409**

**A PARTIR DE LA PREGUNTA 401 A 420 SE APLICAN A TODAS LAS PERSONAS**

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí ..... 1

No ..... 2

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? ..... 1

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? ..... 2

Recaída de enfermedad crónica? ..... 3

Accidente? ..... 4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente? ..... 5 → **PASE A 410**

402A. ¿Cuántos días no pudo realizar sus actividades normalmente?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

<p><b>407A. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ SE ENCUENTRA:</b></p> <p>Muy cerca?..... 1  Cerca?..... 2  Lejos?..... 3  Muy Lejos?..... 4</p>	<p><b>410. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?</b></p> <p style="text-align: right;">Nº Veces      En total, ¿cuántos días?</p> <p>Sí..... 1 → <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table></p> <p>No ..... 2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">PASE A 412</span></p>																																						
<p><b>407B. ¿PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR FUE:</b></p> <p>Muy poco?..... 1  Poco?..... 2  Bastante?..... 3  Demasiado?..... 4</p>	<p><b>411. ¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?</b> (Acepte una o más alternativas)</p> <p>Centro de salud MINSA..... 1  Policlínico ESSALUD ..... 2  Hospital MINSA ..... 3  Hospital del Seguro (ESSALUD)..... 4  Hospital de las FF.AA. /  Policía Nacional..... 5  Consultorio médico particular..... 6  Clínica particular..... 7  Otro (posta médica, centro médico, etc.)..... 8  (Especifique)</p>																																						
<p><b>407C. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON LOS ENCONTRÓ:</b></p> <p>Todos?..... 1  La mayoría? ..... 2  Muy pocos?..... 3  Ninguno?..... 4</p>	<p><b>412. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿TUVO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?</b></p> <p>Sí ..... 1</p> <p>No..... 2</p>																																						
<p><b>407D. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, EL TRATO DEL PROFESIONAL FUE:</b></p> <p>Muy bueno?..... 1  Bueno?..... 2  Malo?..... 3  Muy malo?..... 4</p>	<p><b>413. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR PREVENCIÓN Y/O DESPISTAJE:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Sí</th> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">NO CORRESPONDE</th> <th colspan="2">413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?</th> </tr> <tr> <th>PROGRAMA SOCIAL</th> <th>EN FORMA PARTICULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NO CORRESPONDE	413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?		PROGRAMA SOCIAL	EN FORMA PARTICULAR	1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?.....	1	2	3	1	2	2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?.....	1	2	3	1	2	3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?.....	1	2		1	2	4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?.....	1	2	3	1	2	5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?.....	1	2		1	2
	Sí					No	NO CORRESPONDE	413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?																															
		PROGRAMA SOCIAL	EN FORMA PARTICULAR																																				
1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?.....	1	2	3	1	2																																		
2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?.....	1	2	3	1	2																																		
3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?.....	1	2		1	2																																		
4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?.....	1	2	3	1	2																																		
5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?.....	1	2		1	2																																		
<p><b>407E. ¿SE SOLUCIONÓ EL PROBLEMA DE SALUD POR EL CUAL BUSCÓ ATENCIÓN?</b></p> <p>Sí, totalmente ..... 1  Sí, parcialmente ..... 2  No, porque no tuvo dinero para medicamentos..... 3  No, porque no siguió las indicaciones del médico ..... 4  No, porque el tratamiento no es el adecuado ..... 5  Aún no concluye el tratamiento..... 6  Otro ..... 7  (Especifique)</p>	<p><b>409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?</b></p> <p>No tuvo dinero..... 1  Se encuentra lejos..... 2  Demoran mucho en atender..... 3  No confía en los médicos..... 4  No era grave/ no fue necesario..... 5  Prefiere curarse con remedios caseros .... 6  No tiene seguro..... 7  Se autorecetó o repitió receta anterior ..... 8  Falta de tiempo..... 9  Por el maltrato del personal de salud..... 10  Otro ..... 11  (Especifique)</p>																																						
<p><b>OBSERVACIONES</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																							

(414) ¿UD. RECIBIÓ:		(415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)		(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(417) ¿DÓNDE COMPRO.....?		(418) ¿EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE:.....?	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 418</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE AL SGTE. PRODUCTO O SERV.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE AL SGTE. PRODUCTO O SERV.</div>			
Sí	No			Ent.	Dec.	CÓDIGO	Ent.	Dec.	
<b>EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS</b>									
1. CONSULTA?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
2. MEDICINAS/INSUMOS?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
3. ANÁLISIS?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
5. OTROS EXÁMENES (HEMODIALISIS, ETC.)?..... (Especifique)	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
<b>EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES</b>									
6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
8. COMPRA DE LENTES?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
9. VACUNAS?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
10. CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
11. ANTICONCEPTIVOS?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
12. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)?..... (Especifique)	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>									
13. HOSPITALIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
14. CONTROLES POR EMBARAZO?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					
15. ATENCIONES DE PARTO?.....	1 2	1 2 3 4 5 6 7	8.....	9					

### SEGURO DE SALUD

<b>419. EL SISTEMA DE PRESTACIONES DE SALUD AL CUAL UD. ESTA AFILIADO ACTUALMENTE ES:</b> (Acepte una o más alternativas)	<b>420. ¿QUIÉN APORTA O PAGA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO A.....:</b>																														
¿ESSALUD (antes IPSS)?..... 1 ¿Seguro privado de salud?..... 2 ¿Entidad prestadora de salud?..... 3 ¿Seguro de FF.AA. / Policiales?..... 4 ¿Seguro Integral de Salud?..... 5 ¿Seguro universitario?..... 6 ¿Seguro escolar privado?..... 7 ¿Otro?..... 8 (Especifique) NO ESTÁ AFILIADO..... 9	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Su centro de trabajo?</th> <th>Ud. mismo?</th> <th>Un familiar?</th> <th>No paga</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESSALUD?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguro privado de salud? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entidad prestadora de salud?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguro de FF.AA./ Policiales?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguro Integral de Salud? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		Su centro de trabajo?	Ud. mismo?	Un familiar?	No paga	ESSALUD?.....	1	2	3		Seguro privado de salud? .....	1	2	3		Entidad prestadora de salud?.....	1	2	3		Seguro de FF.AA./ Policiales?.....	1	2	3		Seguro Integral de Salud? .....	1	2	3	4
	Su centro de trabajo?	Ud. mismo?	Un familiar?	No paga																											
ESSALUD?.....	1	2	3																												
Seguro privado de salud? .....	1	2	3																												
Entidad prestadora de salud?.....	1	2	3																												
Seguro de FF.AA./ Policiales?.....	1	2	3																												
Seguro Integral de Salud? .....	1	2	3	4																											

<b>OBSERVACIONES</b>	